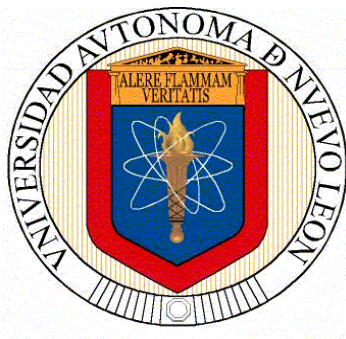


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“EL EFECTO DE LA HIPNOTERAPIA EN EL DOLOR E IMAGEN
CORPORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
MASTECTOMIZADAS”**

PRESENTADA POR:

DIANA CAROLINA MORENO HERNÁNDEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

JUNIO 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**



Nombre

**EL EFECTO DE LA HIPNOTERAPIA EN EL DOLOR E IMAGEN CORPORAL
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

DIANA CAROLINA MORENO HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ARNOLDO TÉLLEZ LÓPEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, JUNIO DE 2018

**COMITÉ ACADÉMICO DE MAESTRÍAS DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA DE UANL
P R E S E N T E.-**

Por la presente nos dirigimos a ustedes para comunicarles que, después de haber revisado las correcciones sugeridas al PRODUCTO INTEGRADOR titulado "El efecto de la hipnosis en el dolor e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama mastectomizados"

presentado por Diana Carolina Moreno Hernández egresado en el
período escolar: agosto-diciembre 2017 de la Maestría en
ciencia con orientación en psicología de la Salud.

lo consideramos **ACEPTADO** para su defensa.

Sin otro asunto de momento, quedamos a sus órdenes.

Dr. Arnoldo Teller Lopez
NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS


FIRMA

23/Abril/2018
FECHA

Dr. Cirilo H. García Cadena
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS

Cirilo H. García
FIRMA

24/abril/2018
FECHA

Dra. Teresa de Jesús Sánchez Juárez
NOMBRE DEL REVISOR DE TESIS


FIRMA

23/Abril/2018
FECHA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “El efecto de la hipnoterapia en el dolor e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas” presentada por Lic. Diana Carolina Moreno Hernández ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. Arnoldo Téllez López

Director de tesis

Dr. Cirilo Humberto García Cadena

Revisor de tesis

Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jauregui

Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Junio, 2018

DEDICATORIA

Dedicada a mis padres a mis padres, Ruben Moreno Trejo y María Asunción Hernández Flores, quienes siempre creyeron en mí y me apoyaron incondicionalmente para seguir mis sueños, fomentándome los valores que me hicieron crecer como persona.

AGRADECIMIENTO

A mi director de tesis, el Dr. Arnoldo Téllez López por su apoyo a lo largo de estos años, por sus enseñanzas acerca de la hipnoterapia y la investigación, que tanto me han ayudado, su asesoría durante el desarrollo de esta tesis y por motivarme a seguir creciendo como persona y profesionalmente.

Al Dr. Cirilo H. García Cadena y la Dra. Teresa Sánchez Jauregui, quienes apoyaron para la realización de esta tesis.

Al Dr. Manuel García Solís y la Lic. Myrthala Garza García por su apoyo para conseguir a las participantes y por sus enseñanzas sobre el cáncer de mama.

A mis hermanos quienes siempre me apoyaron para seguir adelante con mis sueños y me apoyaron en las áreas de mayor dificultad para mí.

A mis amigos que siempre me escucharon cuando más estresada me sentía con la tesis y apoyarme para continuar con ella.

RESUMEN

El cáncer de mama constituye uno de los tumores más frecuentes, sólidos y no sólidos, con altas probabilidades de padecer dolor durante el tratamiento, así como alteraciones en la percepción de la imagen corporal. La hipnosis clínica ha demostrado una reducción del dolor en cirugías y una mejoría en la imagen corporal. Por tal motivo, el objetivo fue analizar el efecto de la hipnosis clínica sobre el dolor y la percepción de imagen corporal en pacientes con cáncer de mama programadas a mastectomía. Se utilizó un diseño aleatorio experimental de tipo pre-test/pos-test con grupo control. Participaron 40 mujeres mayores de edad, con cáncer de mama programadas a intervención de mastectomía (20 grupo control y 20 de grupo experimental), quienes escucharon una técnica audio grabada de hipnosis clínica con sugerencias para reducir el dolor antes de la cirugía. Se utilizó el Cuestionario Breve del Dolor que incluye componentes de intensidad del dolor e interferencia con actividades, además de la Escala de Imagen Corporal, la cual agrupa 3 componentes el afectivo, conductual y emocional. Al concluir las evaluaciones se observó que las pacientes presentaron una mejoría significativa en el dolor en las pacientes del grupo hipnosis, al día siguiente de la cirugía y en el seguimiento, realizado una semana después de la cirugía, así como una menor alteración en la imagen corporal también en el grupo de hipnosis.

Palabras clave: Hipnosis clínica, dolor, cáncer de mama, imagen corporal, mastectomía.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common of the most frequent tumors, with a high probability of suffering pain during treatment, as well as alterations in the perception of body image. Clinical hypnosis has a reduction of pain in surgeries and an improvement in body image. For this reason, the objective was to analyze the effect of clinical hypnosis on pain and perception of body image in patients with breast cancer scheduled to mastectomy. An experimental randomized design of pre-test / post-test type with control group was used. Forty women of legal age participated, with mother cancer programmed for mastectomy intervention (20 control group and 20 experimental group), who listened to a recorded audio technique of clinical hypnosis with suggestions to reduce pain before surgery. The Brief Pain Questionnaire was used, which includes components of pain intensity and interference with activities, in addition to the Body Image Scale, which groups 3 affective, behavioral and emotional components. At the end of the evaluations, it was recorded that the patients had a significant improvement in pain in the patients of the hypnosis group, the day after the surgery and in the follow-up, performed one week after the surgery, as well as a minor alteration in the body image also in the hypnosis group.

Key words: Clinical hypnosis, pain, breast cancer, body image, mastectomy.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I.....	11
INTRODUCCION	11
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
HIPÓTESIS.....	18
LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.....	18
CAPITULO II	20
MARCO TEORICO.....	20
CANCER DE MAMA.....	20
CANCER.....	20
CANCER DE MAMA	22
SINTOMATOLOGÍA.....	22
ETIOLOGÍA.....	22
EDAD.....	22
OBESIDAD	23
TABAQUISMO.....	23
MENARQUÍA Y MENOPAUSIA.....	24
LACTANCIA	24
PARIDAD.....	24
ESTRÉS	25
INFLAMACIÓN	25
FACTORES HEREDITARIOS	26
EVENTOS AVERSIVOS EN LA INFANCIA.....	27
MEDIDAS DE DETECCIÓN.....	27
TRATAMIENTO MÉDICO	28
PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA EN CANCER DE MAMA ...	29
DOLOR.....	32
CLASIFICACIÓN DEL DOLOR	33
CLASIFICACIÓN POR DURACIÓN DEL DOLOR.....	34
CLASIFICACIÓN POR MECANISMO DE PRODUCCIÓN	35
CLASIFICACIÓN POR INTENSIDAD.....	36
TEORÍA DE LA COMPUERTA.....	36
VALORACIÓN DEL DOLOR	36
Medición de parámetros fisiológicos.....	36

Medición psicológica del dolor	37
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	38
HIPNOSIS CLÍNICA	40
ORIGEN DE LA HIPNOSIS CLINICA.....	40
HIPNOTERAPIA	41
TEORÍA DE LA NEODISOCIACIÓN	44
FASES DE HIPNOSIS CLINICA	44
HIPNOSIS CLINICA APLICADA AL DOLOR	45
HIPNOSIS CLINICA EN CANCER DE MAMA	46
IMAGEN CORPORAL	46
EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.....	47
IMAGEN CORPORAL EN CANCER DE MAMA	47
CAPITULO III	49
MÉTODO.....	49
PARTICIPANTES	49
Criterios de inclusión:.....	49
Criterios de exclusión:.....	49
Criterios de eliminación	50
INSTRUMENTO	50
PROCEDIMIENTO	51
FASE I.....	51
FASE II.....	51
FASE III.....	51
FASE IV.	52
DISEÑO.....	52
RECOLECCIÓN DE DATOS	52
ANÁLISIS DE DATOS	52
CAPITULO IV	54
RESULTADOS	54
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA.....	54
DOLOR.....	55
INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA.	55
INTERFERENCIA CON ACTIVIDADES.....	58
IMAGEN CORPORAL	59
CAPITULO V	61
DISCUSIÓN	61
RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
ANEXOS	89
ANEXO 1. LAS VENTANAS DE LAS SENSACIONES	89
ANEXO 2. IMAGINACIÓN SANADORA.....	91
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	94
ANEXO 4. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR.....	96
ANEXO 5. ESCALA DE IMAGEN CORPORAL.....	103

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.	Esferas y facetas adoptadas para evaluar calidad de vida.....	30
Tabla 2.	Componentes para la intervención en el dolor de pacientes con cáncer.....	39
Tabla 3.	Efectos de la hipnosis en el sistema inmunológico.....	42
Tabla 4.	Frecuencias de los datos sociodemográficos por grupo.....	55
Tabla 5.	Percepción de intensidad de dolor.....	56
Tabla 6.	Percepción retrospectiva del dolor.....	57
Tabla 7.	Interferencia con actividades.....	58
Tabla 8.	Efectos de la hipnosis en la alteración de imagen corporal.....	60
Figura 1.	Distribución de grupos.....	55
Figura 2.	Promedio percepción del dolor.....	56
Figura 3.	Puntaje de cambio del dolor retrospectivo	57
Figura 4.	Interferencia del dolor en actividades.....	58
Figura 5.	Alteración en imagen corporal.....	60

CAPITULO I

INTRODUCCION

El dolor, sufrimiento, desesperanza, ansiedad, rabia, depresión y resignación se vuelven componentes importantes durante el transcurso de una enfermedad como el cáncer (Hernán, 2013). Desde la espera de un diagnóstico, la mayoría de las mujeres transitan por varios momentos extremadamente angustiantes, al acudir a la clínica lo hacen porque encuentran algo inusual en su pecho, reconociendo inmediatamente los bultos como posibilidad de cáncer de mama, lo cual las llevaba a pensar en tratamientos difíciles, desfiguración de cirugía y posibilidad de morir (Morse et al., 2014).

A pesar de no tener síntomas psiquiátricos, los pacientes con cáncer luchan con las preguntas existenciales que plantea la enfermedad: el temor a la recurrencia y la muerte, el dolor y los efectos secundarios del tratamiento (Spiegel & Moore, 1997).

Se estima que el 85% de los pacientes con cáncer, requieren manejo del dolor en algún punto del curso de la enfermedad (Delbrück, 2007). Un 67% de las mujeres con mastectomía, presentan dolor justo después de la cirugía, con diferentes niveles de intensidad (Guerreiro, Pereira de Godoy, Barufi, & Pereira de Godoy, 2014), la prevalencia del dolor en mastectomía es de 27% en pacientes que no reciben quimioterapia y de 33% en quienes reciben quimioterapia, como complemento a la cirugía (Carpenter et al., 1998).

La incidencia del síndrome del dolor 6 meses después del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es de 52.9%, dolor en el hombro en el área torácica escapular como consecuencia del mismo, se observa en el 27.2% de los pacientes (Nogueira et al., 2012). La definición más aceptada actualmente

es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés): el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño físico tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (López, 1996).

El uso de hipnosis en pacientes con cáncer contribuye a la reducción y alivio del dolor crónico, reducción del tiempo en obtener resultados terapéuticos exitosos, favorece las actitudes positivas hacia el afrontamiento, la respuesta en relajación y los cambios en la conducta del paciente (Gonzalez, 2005), además de reducir el uso de anestésicos como lidocaína y el sedante propofol (Montgomery et al., 2007).

Existe evidencia del uso de hipnosis como anestésico en mastectomía y disección de los ganglios linfáticos, antes de la introducción de las técnicas anestésicas modernas, por el doctor Chapelain (Montgomery, Schnur, & Kravits, 2012). Los pacientes presentan una reducción de la percepción del dolor postoperatorio a los 2 días de su intervención, con respecto a los pacientes que no recibieron hipnosis (Massarini et al., 2005). En contraste, Lew, Kravits, Garberoglio y Williams (2001) reportaron un aumento del 20% del dolor al final de la cirugía, por lo que, para mejorar la efectividad de la hipnosis, recomiendan un programa de reforzamiento de hipnosis auto aplicada, en el transcurso de una semana previa a la cirugía de mama.

Además del dolor, las mujeres que han sido sometidas a mastectomía (radical y conservadora) presentan menor autoestima que las mujeres sin cáncer de mama (Segura-Valverde, García-Nieto, & Gutiérrez, 2014).

La fiabilidad del estudio se puede ver condicionada por el paciente, debido a factores como la personalidad, culturales, nivel socioeconómico, el ambiente familiar y el entorno social, por lo que se explicaría las divergencias encontradas a lo largo de la literatura médica (Serrano-Atero et al., 2002). Además, se han encontrado otras limitaciones de investigaciones relacionadas

con el cáncer de mama, entre las que se encuentra la información disponible en las instituciones de salud y la accesibilidad de las personas afectadas para participar, lo que afecta el tamaño de la muestra (Navarro-Ibarra, Caire-Juvera, Ortega-Velez, Bolaños-Villarreal, & Saucedo-Tamayo, 2015).

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer de mama constituye uno de los tumores más frecuentes en la población del mundo occidental (Díaz, Ruibal, & Tejerina, 2012). En México, afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo –en muchos hasta 50%– ocurre en mujeres menores de 54 años (Knaul et al., 2009). También en nuestro país, cada año mueren 38,000 personas a causa de cáncer de las cuales 6,000 son por cáncer de mama (World Health Organization [WHO], 2014), mientras que en Nuevo León la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres (Defunciones por cada 100 mil mujeres de 25 años y más) fue de 31.16079 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2008).

El paciente con cáncer tiene una alta probabilidad de presentar dolor en algún momento (Hernán, 2013). El dolor crónico persistente de origen oncológico disminuye la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer de mama después del tratamiento (Satija et al., 2014). La incidencia de dolor, sensaciones alteradas, y entumecimiento es muy alta después de la cirugía del cáncer de mama primario, con cerca de un 25% de ellos, experimentan dolor neuropático 9 meses después de la operación (Bruce et al., 2014), aunque puede llegar a prolongarse hasta 64 meses y medio (Sheridan et al., 2012). Las pacientes con dolor tienen un mayor número de drenajes colocados durante la cirugía, además de ser más propensas a tener complicaciones postoperatorias (Miaskowski et al., 2014).

Se ha demostrado que el dolor después de cirugía puede favorecer la aparición de problemas en la actividad sexual (Spiegel, Sands, & Koopman, 1994), dificultades en el trabajo, reducción de actividades físicas, dificultad para manejar, el cuidado de los niños, alteraciones en el tiempo de ocio (De Menezes Couceiro, De Menezes, & Moraes, 2009).

Se ha encontrado que cuando se implementa la hipnosis antes de una cirugía, no relacionada con cáncer de mama, hay una reducción en el dolor de una cirugía a los dos días de su procedimiento (Massarini et al., 2005), las mujeres con cáncer de mama dirigidas a cirugía no mastectomizada, redujeron el dolor postoperatorio, la angustia, la fatiga, náuseas y vómito (Cramer et al., 2015).

Además del dolor, las pacientes informan una alteración en la imagen corporal que experimentan, relacionada con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama (Przezdziecki et al., 2013; Heidari, Shahbazi, & Ghodusi, 2015; Carvalho, Alves, & De Souza, 2015). Las pacientes con mastectomía tienen mayores problemas de imagen corporal que aquellas que fueron sometidas a una lumpectomía, es decir, que entre más radical sea la cirugía, están en mayor riesgo de tener preocupaciones por la imagen corporal (Rosenberg et al., 2013; Favez et al., 2015; Gomes, & Da Silva, 2013; Barreto & Pintado, 2011). Esto puede alargarse en un periodo de 3 años en los cuales puede existir una mejoría, aunque no significativa (Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson, & Salander, 2013).

Con base en lo anterior surgen preguntas como: **¿Puede una intervención con hipnoterapia antes de la mastectomía en pacientes con cáncer de mama, reducir el dolor después de la cirugía? ¿La intervención con hipnoterapia podrá disminuir la alteración que sufren las pacientes respecto a su percepción de imagen corporal?**

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los pacientes que con una mastectomía radical modificada son más propensos a desarrollar Síndrome de Dolor Post-mastectomía, que los pacientes que se sometieron a cirugía de mama sin retiro de la misma (Beyes et al., 2016).

Como ya se mencionó anteriormente, también existe una alteración en la autoimagen y autoestima de las mujeres con cáncer, especialmente aquellas que fueron sometidas a una cirugía radical. Por lo que algunos autores (Juarez, & Landero, 2011) sugieren que es necesario diseñar intervenciones dirigidas a incrementar autoestima, con las cuales puede prepararse a las pacientes para el afrontamiento de las condiciones causadas por la enfermedad y tratamiento del cáncer.

Hasta donde tenemos conocimiento no se han realizado estudios que evalúen el uso de la hipnosis durante la convalecencia de la mastectomía, por lo que este estudio se centrará únicamente en intervenciones con hipnosis clínica. El uso combinado de hipnosis clínica con otras terapias, dificulta la evaluación de su eficacia por si misma (Cramer et al., 2015).

Se ha recomendado usar estudios clínicos aleatorizados para poder generalizar los resultados (Beyes et al., 2016), así como la ocultación de la secuencia de asignación, que evita que aquellos participantes que ingresen al estudio, conozcan la próxima asignación.

La Organización Mundial de la Salud (s/f), define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, el cual no tiene que estar marcado por la ausencia de una enfermedad. Sentirse bien y verse bien como expresiones relacionadas con la salud en primer lugar, deben ser consideradas como conceptos de salud (Kakeshita, Laus, & Almeida, 2013). Por lo tanto, la percepción del dolor no debe ser el único factor a evaluar, ya que el

componente psicológico, en este caso la percepción de imagen corporal, afectaría la recuperación de la persona.

Los datos arrojados durante esta investigación nos permitirán plantear nuevas interrogantes sobre la recuperación de la mastectomía. Preguntas como ¿El uso de la hipnosis clínica podrá disminuir el tiempo de recuperación de los pacientes? ¿La necesidad de analgésicos disminuye en las pacientes intervenidas con hipnosis clínica?; pueden ser punto de partida para futuras investigaciones.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de la hipnosis sobre la percepción de dolor e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama programadas a mastectomía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Medir y comparar la intensidad de percepción del dolor pre y post-operatorio de las pacientes con mastectomía con intervención de hipnosis y sin intervención, mediante el Brief Pain Inventory.
2. Medir y comparar la interferencia con actividades diarias por dolor pre y post-operatorio en pacientes programadas a mastectomía, mediante el Brief Pain Inventory.
3. Medir la percepción de imagen corporal después del procedimiento quirúrgico en pacientes con y sin intervención de hipnosis mediante el Body Image Scale.
4. Comparar la percepción de imagen corporal después del procedimiento quirúrgico en pacientes con y sin intervención de hipnosis.

HIPÓTESIS

Hipótesis 1: El uso de sugestiones hipnóticas ayudará a disminuir el dolor, después de la cirugía comparada con el grupo control.

Hipótesis 2: La imagen corporal en las mujeres intervenidas con sugestiones hipnóticas sufrirá menos alteraciones que el grupo control.

LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Esta investigación se realiza con pacientes de nivel socioeducativo bajo, que acuden de los estados del noreste del país al Hospital Metropolitano “Dr.

Bernardo Sepúlveda”. Debido al nivel educativo, la comprensión de las instrucciones se dificultaría.

Entre las limitaciones que se podrían encontrar este estudio es la dificultad para conseguir las pacientes con los criterios de inclusión, debido a que solo se realizan dos mastectomías semanales, además, de sentirse amenazadas por el temor de perder la mama, lo que provocaría que rechacen la cirugía. Así como, algunas pacientes que no requieren internamiento, por lo que se perderían para la segunda evaluación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Por sus características biológicas, psicológicas y sociales que implica el cáncer en general, se recomienda su abordaje desde un punto de vista no solamente médico o biológico, sino también un abordaje psicológico que pueda proporcionar apoyo en todas las etapas de la enfermedad (Robert, Álvares, & Valdivieso, 2013).

CANCER DE MAMA

CANCER

Los organismos vivos están formados por células individuales e identificables, los cuales varían según su tamaño y tipo, aunque se calcula que el número total de células para una variedad de órganos y tejidos humanos corresponde a un total de 37.2 billones (Bianconi et al., 2013). Normalmente las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita, cuando las células normales se dañan o envejecen, éstas mueren y son reemplazadas por células nuevas (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2015). Con el fin de mantener un numero constante de células saludables en todo organismo multicelular adulto, existe un equilibrio entre la generación, proliferación y la desaparición o muerte de las células que lo componen, a este último proceso se le conoce como apoptosis (Jordan, 2003).

A nivel celular existen dos formas de morir: por necrosis (cuando las células son lesionadas por agresión mecánica o tóxica) o la muerte por apoptosis (cuando las células son inducidas a suicidarse (revisar) (Cascales, 2003). Cuando los procesos de muerte celular están anormalmente incrementados, suelen ocurrir

situaciones patológicas como las enfermedades degenerativas tales como el alzheimer, síndrome de Pick o la enfermedad de Parkinson, mientras que cuando la proliferación celular se encuentra aumentada se puede producir enfermedades tales como el cáncer (Jordan, 2003).

El cáncer puede afectar a cualquier parte del cuerpo y se manifiesta en forma de tumores malignos y neoplasias, asimismo puede provocar metástasis en otras partes del cuerpo (WHO, 2015). Esta enfermedad se caracteriza por la multiplicación sin control de células de una parte específica del cuerpo, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos (Garza, & Juárez, 2014). Si la propagación no es controlada, puede provocar la muerte (American Cancer Society, 2015).

Un cáncer que se ha diseminado desde el lugar en donde empezó primero a otras partes del cuerpo se llama cáncer metastático, mientras que, cuando las células del cáncer se desplazan a otras partes del cuerpo, se le conoce como metástasis (Instituto Nacional del Cáncer, 2015). Actualmente se admiten tres etapas en el proceso evolutivo entre la exposición a un carcinógeno y el desarrollo de una neoplasia (Oblitas, 2010):

1. Iniciación: proceso intracelular que ocurre por la acción de agentes biológicos, químicos o físicos, que alteran de forma irreversible la estructura genética de la célula, lo cual produce como resultado una célula con el potencial de desarrollarse en células malignas, es de carácter irreversible.
2. La promoción: Expansión reversible de la población iniciada y alteración de la expresión genética.
3. La progresión tumoral: Se caracteriza por la existencia de una neoplasia, ya sea benigna o maligna.

Hay más de 100 tipos de cáncer, los cuales reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos donde se forman los cánceres, los más comunes son los carcinomas, los cuales se forman en las células epiteliales (las cuales son las células que cubren las superficies internas y externas del cuerpo) (Instituto Nacional del Cancer, 2015).

CANCER DE MAMA

En los primeros cuatro meses del año 2017 se reportaron en Estados Unidos un total de 252,710 casos nuevos de cáncer de mama en mujeres y 40,610 defunciones debido a la misma enfermedad (National Cancer Institute [NCI], 2017).

El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que cubren los conductos o lobulillos de la mama (Lippman, 2012, en Longo et al.), es decir, se origina como consecuencia de la acumulación de alteraciones en el genoma de las células que componen la glándula mamaria (Trejo-Ochoa et al., 2013).

SINTOMATOLOGÍA

En la fase inicial o “fase preclínica” de la enfermedad no aparece ningún tipo de sintomatología, pero pasado ese tiempo el cáncer de mama puede manifestarse de diversas formas, como la presencia de un nódulo palpable, doloroso o no (siendo el síntoma más frecuente), también se pueden presentar irregularidades en la mama tales como, falta de movilidad de la misma, retracción del pezón o alteraciones en la piel (Asociación Española Contra el Cáncer, 2014).

ETIOLOGÍA

EDAD

Entre los factores de riesgo para el cáncer de mama se encuentra la edad, se estima que el riesgo de desarrollar cáncer de mama entre los 20 y 40 años de edad es de 0.49% y de 5.5% entre los 65 y 85 años (Peralta, 2007). Se ha reportado que 66% de los cánceres de mama no tienen antecedentes familiares, al menos durante las últimas dos generaciones, 29% tienen antecedentes en primer y segundo grado y alrededor de 5% corresponden al llamado cáncer de tipo hereditario con herencia autosómica dominante (Peralta, 2002). En México en el año 2015, la incidencia de cáncer de mama en la población de 20 años y más fue de 14.80 casos nuevos por cada 100 000 personas, sin embargo, el pico máximo de incidencia ocurrió en las mujeres de 60 a 64 años, llegando a 68.05 por cada 100 000 mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

OBESIDAD

Otra causa que se encuentra íntimamente asociada al cáncer de mama es la obesidad, especialmente entre aquellas pacientes con obesidad morbida (Aguilar et al., 2011), debido a la teoría por la cual se concede a los estrógenos una potencial capacidad carcinogénica a través de la continua estimulación del crecimiento tisular mamario (Aguilar et al., 2012).

La obesidad durante los años de la adolescencia es un factor protector del cáncer de mama pero la perpetuación o la aparición de la obesidad después de la adolescencia es un factor de riesgo, posiblemente a través de las concentraciones aumentadas de insulin growth factor de tipo 1 (IGF-1) y de la hiperinsulinemia, podrían interaccionar con los receptores estrogénicos de la mama, demostrando que los altos niveles y el cúmulo de grasa abdominal son marcadores de alto riesgo de cáncer de mama (Riobo, Fernández, Kozarcewski, & Fernández, 2003).

TABAQUISMO

Al realizar una comparación entre las mujeres que no fuman y las mujeres que, si fuman, se encontró que el primer grupo tiene un riesgo de 10% de desarrollar cáncer de mama en algún momento de su vida, mientras que el grupo de mujeres fumadoras incrementa el riesgo a un 59% de desarrollar cáncer de mama (Duan, Li, Meng, Sun, & Jia, 2017).

También se tienen indicios de que algunos derivados del humo del cigarrillo están involucrados en la carcinogénesis de mama, tales como el Benzoapireno, aminas aromáticas heterocíclicas y nitrosaminas (Castaño, 2006).

MENARQUÍA Y MENOPAUSIA

La primera menstruación (menarca) a edad temprana, se ha vinculado a un riesgo de padecer cáncer de mama de 10 a 20% en comparación con el riesgo que tienen las mujeres cuya menarca ocurre a los 14 años, esto se atribuye a que la presentación temprana implica un establecimiento más temprano de los ciclos ovulatorios, un aumento en la duración de la exposición de hormonas y un nivel alto de estrógenos séricos durante la vida de la mujer (Torres-Mejia, & Ángeles-Llerenas, 2009; Navarro-Ibarra, Caire-Juvera, Ortega-Vélez, Bolaños-Villar, & Saucedo-Tamayo, 2015).

LACTANCIA

En un estudio donde se observaron los antecedentes de lactancia en 2878 mujeres, 295 mujeres no amamantaron en ningún periodo de su vida y de ellas, 31 fueron diagnosticadas con cáncer de mama (Özoy et al., 2017), similar a ese estudio, Navarro-Ibarra et al., reportaron que existía una reducción de riesgo del 66% de desarrollar cáncer de mama en las mujeres que proporcionaban lactancia.

PARIDAD

Otro factor de riesgo es la edad de las mujeres al dar a luz a su primer hijo, en un estudio realizado por Mukasa, Galakande, Jombwe y Fualal (2013), se encontró un aumento de .98 veces el riesgo de padecer cáncer de mama en las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 25 años y una reducción de riesgo en aquellas que tuvieron un hijo siendo mayores de 25 años.

Al realizar una comparativa a las mujeres con tres hijos o más, contra mujeres con un solo hijo o nulíparas, se observó un incremento de riesgo no significativo en el primer grupo para el desarrollo del cáncer (Rojas, 2008).

ESTRÉS

El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer de mama, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, entre otros (Arbizu, 2000).

El estrés psicológico puede llegar a afectar la capacidad de las células naturales asesinas (NK, por sus siglas en inglés) para funcionar correctamente y, por tanto, tener un impacto en la forma en la cual el sistema inmunológico defiende al cuerpo contra la propagación de las células tumorales (Kielcot-Glaser, Robles, Heffner, Loving, & Glaser, 2002).

INFLAMACIÓN

La inflamación es la respuesta del sistema inmunológico al daño causado a sus células y tejidos por patógenos bacterianos y por cualquier otro agresor de naturaleza biológica, química, física o mecánica y aunque es una respuesta reparadora, este proceso implica un enorme gasto de energía metabólica, en

ocasiones, cuando se trata de una situación crónica suele dar lugar a enfermedades degenerativas como artritis, arteriosclerosis o cáncer, en este caso cáncer de mama (García, 2008).

La inflamación, como parte de la reacción inmunitaria innata contra microorganismos lumbinales, puede dañar el DNA, inducir proliferación celular y modular la apoptosis, mecanismos todos ellos importantes en la aparición y progresión del proceso tumoral, regulados por citocinas y quimiocinas. La señalización de los receptores tipo toll puede realizar diversas funciones con respecto a la tumorigénesis: servir como promotor del tumor a través de sus efectos sobre el epitelio, favorecer el crecimiento de la tumoración mediante efectos complejos sobre el microambiente y facilitar la evasión de la vigilancia inmunitaria (Fuentes-Pananá, Camorlinga-Ponce, & Maldonado-Bernal, 2009).

FACTORES HEREDITARIOS

Los componentes genéticos juegan un papel importante en el desarrollo del cáncer de mama tanto en la premenopausia como posmenopausia (Aguilar, Neri, Sánchez, Padilla, García y Sánchez, 2012). Hasta un 10% del cáncer de mama en los países occidentales se debe a la predisposición genética, siendo generalmente heredada como autosómica dominante con penetrancia limitada, es decir, que puede transmitirse a través de cualquiera de los dos sexos, sin necesidad de desarrollar cáncer de mama ellos mismos (McPherson et al., 2000). Algunos autores como Özsoy et al. (2017) concluyen que el diagnóstico de cáncer de mama en la familia es el factor más importante entre los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama.

En México se evaluaron 272 pacientes mujeres con cáncer de mama y se encontró que el 6.6% de los casos (es decir 18 casos) tuvo un antecedente familiar de primer grado, el 9.2% (25 casos) con familiares de segundo grado y únicamente el 0.7% (2 casos) reportaron antecedentes familiares de cáncer ovárico (Romero, Santillán, Olvera, Morales, & Ramírez, 2008). Esto último

contrasta con otros autores como McPherson et al. (2000) quienes reportaron que las familias afectadas por el cáncer de mama muestran antecedentes familiares de cáncer de ovario, colon, próstata y otros tipos de cáncer atribuibles a la misma mutación genética.

EVENTOS AVERSIVOS EN LA INFANCIA

Las mujeres que fueron víctimas de abuso o negligencia durante la infancia tienden a experimentar mayores efectos psicológicos durante el transcurso de la enfermedad, algunos como el distress, mayor fatiga física y emocional además de reportar percibir menor apoyo social que las pacientes que no experimentaron ningún evento aversivo en la infancia (Fagundes, Lindgren, Shapiro, & Kielcot-Glaser, 2012).

MEDIDAS DE DETECCIÓN

Campero et al., (2014) mencionan tres estrategias de apoyo para la detección temprana del cáncer de mama, entre ellas se encuentra la autoexploración, la exploración clínica y la mastografía.

- Autoexploración: La Norma Oficial Mexicana (NOM-041-SSA2-2011) establece que se debe recomendar a partir de los 20 años y tiene como objetivo sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada.
- La exploración clínica: Este debe ser realizado por personal médico o de enfermería capacitado y que debe hacerse a las mujeres mayores de 25 años, sin señalar la periodicidad (Campero et al., 2014).

- Mastografía: El uso de la mamografía como método de detección temprana de cáncer de mama tiene como objetivo identificar lesiones clínicamente no palpables (Espinosa-Larrañaga, & Ramiro, 2014).

Una vez que se ha detectado algo sospechoso con las anteriores medidas de detección, se procede a realizar una biopsia la cual, Franco, García, Gorráez y Ramírez (2011) mencionan que al utilizar con aguja gruesa, puede llegar a ser una técnica segura y económica para la obtención de un diagnóstico histológico de lesiones en la mama.

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento integral para el cáncer de mama es multidisciplinario, puede ser con cirugía o radioterapia en cualquiera de sus modalidades, mientras que el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endócrina y la terapia dirigida a moléculas específicas (blancos moleculares) (Arce et al., 2011). Sin embargo, también existen opciones quirúrgicas para tratar el tumor primario, este incluye la cirugía preservadora del seno más la radioterapia, la mastectomía con reconstrucción y la mastectomía sola (Mora Díaz, & Sánchez Redonet, 2004).

Mediante la cirugía oncoplastica o conservadora se logra la preservación de la glándula mamaria en mujeres que anteriormente estaban condenadas a la realización de una mastectomía, en el caso de mujeres con tumores de localización central o ciertas enfermedades multicéntricas (Villarreal, 2014). Sin embargo, no siempre es posible conservar la glándula mamaria, tal es el caso de la mastectomía, la cual es una cirugía que extirpa el seno por completo y algunas veces tejidos adyacentes (American Cancer Society, 2014a).

La quimioterapia neoadyuvante tiene como objetivo eliminar la enfermedad micrometastásica antes del desarrollo de clones resistentes (Arce et al., 2011).

Si se cuenta con una tumoración pequeña y no se palpan adenopatía o si con la quimioterapia es improbable que cambie el tratamiento local definitivo, entonces lo más oportuno sería ofrecer manejo quirúrgico (Hernández-Hernández, Reyes-Contreras, Kuri-Exsome, Matadamas-Zarate, & Valencia-Mijares, 2011). Además de la quimioterapia, la radioterapia también elimina las células del cáncer usando rayos o partículas de alta energía (American Cancer Society, 2004b).

Asimismo, existe la terapia hormonal (llamada también hormonoterapia, tratamiento hormonal o terapia endocrina) hace más lento o detiene el crecimiento de tumores sensibles a las hormonas ya que bloquea la capacidad del cuerpo para producir hormonas o que interfiere en la actividad hormonal. Los tumores que no son sensibles a las hormonas no reaccionan a la terapia hormonal (Instituto Nacional del Cáncer, 2012).

PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA EN CANCER DE MAMA

El concepto de enfermedad, en este caso el cáncer, toma en cuenta que una persona no es únicamente un organismo biológico, sino que engloba el conjunto de sentimientos y actitudes simbólicas del pensamiento y el lenguaje, desde el cómo vive una persona el cáncer, el significado que le atribuye y cómo este influye en su comportamiento e interacción con otros individuos (Die, 2003).

La calidad de vida del paciente también se puede ver comprometida por los efectos secundarios causado por los diversos tratamientos a los que se somete, por lo que es necesaria la intervención psicológica (Scharf, 2005). En el caso del cáncer de mama, la mama femenina ha sido vista desde siempre como un símbolo de femineidad, belleza y fertilidad, por lo que existen padecimientos psicológicos que pueden presentarse a lo largo de la enfermedad (Lakhtakia, 2014). Para ello se miden aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales, centrarse en la vida diaria y considerar el aspecto subjetivo (Font, 1994),

tendiéndose más a utilizar las esferas y facetas adoptadas para evaluar la calidad de vida de la WHO (1996), como se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1

Esferas y facetas adoptadas para evaluar calidad de vida

Esferas	Facetas	
Físico	Dolor	Cansancio
	Malestar	Sueño
	Energía	Descanso
Psicológico	Sentimientos positivos	Autoestima
	Labor de reflexión	Imagen y apariencia corporales
	Aprendizaje	Sentimientos negativos
	Memoria	
	Concentración	
Grado de independencia	Movilidad	
	Actividades de la vida diaria	
	Dependencia respecto a medicaciones o tratamientos	
Relaciones sociales	Capacidad de trabajo	
	Relaciones sociales	
	Apoyo social	
	Actividad sexual	
Entorno	Seguridad física	Oportunidades de obtener información
	Entorno doméstico	Actividades recreativas
	Recursos financieros	Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima)
	Atención sanitaria y social	Transporte
Espiritual	Espiritualidad	
	Religión	
	Creencias personales	

Fuente: World Health Organization (1996).

En un estudio realizado en Colombia, se encontró que las pacientes con un nivel más elevado de escolaridad, las que provenían de un nivel socioeconómico alto, las mujeres separadas y quienes se encontraban afiliadas a un servicio de salud, presentaban niveles más altos de calidad de vida (Salas,

& Grisales, 2010). A su vez, las mujeres iraníes con mayor nivel educativo tendían a acceder con mayor facilidad a una cirugía de reconstrucción de mama, después de una mastectomía, lo que elevaba aún más su porcentaje de calidad de vida (Sinaei, Zendehdel, Adili, Ardestani, Montazeri, & Ali Mohagheghi, 2017).

Existe un número significativo de estudios que evalúan la eficacia de la intervención psicológica en grupos con mujeres con cáncer de mama y estos estudios tienen beneficios en varias dimensiones del funcionamiento psicológico y biológico (Brandão, & Mena Matos, 2015).

El objetivo de la intervención psicológica durante la fase de tratamiento del cáncer de mama es controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos (angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios) asociados a los tratamientos médicos, orientado también a la paciente y a su familia directa frente a las emociones propias de este escenario (Rojas-May, 2006). Sin embargo, no solamente las pacientes que están lidiando con un tratamiento médico contra el cáncer de mama tienen alteración en su calidad de vida, se ha observado que, en las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama, todas las dimensiones de la calidad de vida se ven disminuidas, en comparación de las pacientes con cáncer cervicouterino, además de presentar mayor preocupación por la recurrencia del cáncer o una metástasis (Huei-Ying et al., 2017).

Se ha encontrado que una intervención cognitivo conductual tiene mejoría en calidad de vida en algunos factores como las preocupaciones mejoradas, entre las cuales estuvieron la incomodidad por problemas económicos, un exagerado acogimiento por parte de cuidadores primarios, que dicho apoyo se convirtiera en una carga, de desgaste físico o emocional o incomodidad por estar enferma. La percepción corporal también mostró mejorías importantes probablemente ligada a la percepción del estado físico y la satisfacción al respecto de él. (Garduño, Riveros, & Sanchez-Sosa, 2010).

El uso de hipnosis puede ser un complemento útil en el manejo preoperatorio de los pacientes sometidos a una cirugía por cáncer de mama, ya que produce una reducción significativa en la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio (Coveney, Grieve, & Kumar, 2011).

DOLOR

El dolor crónico es común después de la cirugía de mama, y los principales factores predictivos son la medida del dolor agudo postoperatorio, la presencia de dolor antes de la cirugía, el tipo de cirugía, daño a los nervios, la radioterapia adyuvante, y posiblemente la ansiedad preoperatoria o la depresión (Perkins, & Kehlet, 2000).

En la antigüedad clásica, el concepto de dolor expresaba una alteración entre el equilibrio de los diferentes humores que constituían el organismo, pese a ello no era considerado como algo negativo, en su lugar lo caracterizaban como un foco de alerta a diversos estímulos (López, 1996). En la actualidad, la definición más aceptada es la de la Asociación Internacional para el Estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés) (1994), el cual lo describe como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real en los tejidos del organismo o descrita en términos de tal daño, sin embargo en 2006 el entonces presidente de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor, lanzó una propuesta para ampliar la definición del dolor, la cual lo determina como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones por una enfermedad por si misma (Ibarra, 2006).

Debido al empleo creciente de tratamientos agresivos basados en las combinaciones de radio y quimioterapias concomitantes, alteraciones del fraccionamiento, así como una escalada de dosis, hacen que el dolor constituya un problema en la práctica clínica diaria, llegando a presentar toxicidad en

diferentes grados dentro del área de tratamiento que se manifiesta con dolor (Puebla, 2005).

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Han sido hasta el momento, varios intentos por clasificar los diferentes tipos de dolor proponiéndose clasificaciones basadas en la etiología, expectativa de vida, según la región afectada, la intensidad, y el tiempo de duración entre otras (López, 1996). A continuación, se enlistan algunos de ellos.

CLASIFICACIÓN POR DURACIÓN DEL DOLOR

Dependiendo de su duración puede dividirse en dos tipos: aguda y crónica (Morrison, & Benett, 2006).

El dolor agudo es aquel que tiene una duración entre tres a seis meses (Morrison, & Benett, 2006). Tiene un inicio bien definido con componentes psicológicos y emocionales limitados, desaparece a lo largo de la sanación de la lesión causante (Virizuela, Escobar, Cassinello, Borrega, 2012). El dolor crónico tiene una duración mayor de seis meses (Morrison, & Benett, 2006) y puede persistir incluso después de la desaparición de la causa (Virizuela et al., 2012).

CLASIFICACIÓN POR MECANISMO DE PRODUCCIÓN

El dolor se puede clasificar también por su mecanismo de producción (Khosravi, Del Castillo, & Pérez, 2007). A continuación, veremos algunos de ellos:

Somático: se produce como consecuencia de la activación de los nociceptores en la piel o en los tejidos profundos (Khosravi et al., 2007). El dolor somático generalmente bien localizado, puede ser punzante, definido y puede ser atribuido a una estructura anatómica específica (Sánchez, 2003).

Visceral: surge tras la activación de los nociceptores por infiltración y/o compresión de viseras torácicas, abdominales o pélvicas. Se caracteriza por ser difuso, sordo, agotador y por acompañarse de respuestas autonómicas como salivación, hipotensión, náuseas, vómitos (Sanchez, 2003). Algunos ejemplos son los dolores de tipo cólico, las metástasis hepáticas y cáncer pancreático (Puebla, 2005).

Neuropático: causado por una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso central o periférico (IASP, 1994; Khosravi et al., 2007). La neuralgia es un ejemplo de dolor neuropático que aparece en el área inervada por uno o más nervios y traduce una disfunción neurológica (González, 2002 en Muriel).

Mixto: Posee característica de dolor nociceptivo (somático o visceral), siendo el tipo más común en pacientes con cáncer (Virizuela et al., 2012).

CLASIFICACIÓN POR INTENSIDAD

Existen escalas que clasifican el dolor por su intensidad, los cuales utilizan la información proporcionada por el paciente, siendo las más utilizadas, la escala numérica de clasificación (NRS), la escala de clasificación verbal y la escala visual analógica, ésta última es la más utilizada, lo clasifica en dolor leve (EVA 0-3), dolor moderado (4-6), y un intenso dolor (EVA 7-10) (Virizuela et al., 2012).

TEORÍA DE LA COMPUERTA

Propuesta por Melzack & Wall (1965), esta teoría integra componentes fisiológicos, cognitivos y emocionales que regulan la percepción del dolor. El dolor pasa por una serie de vías nerviosas, en donde tienen que atravesar compuertas (Sánchez, 2003). La presencia o ausencia de dolor se determina por el equilibrio entre lo sensorial y los componentes fundamentales de la puerta del sistema de control, además de las influencias sensoriales en el sistema de control de la puerta, hay una entrada de tónico para el sistema a los niveles superiores del sistema nervioso central que ejerce un efecto inhibitor sobre la entrada sensorial (Melzack & Wall, 1965).

VALORACIÓN DEL DOLOR

La evaluación es un primer paso fundamental en el manejo del dolor, demanda un entendimiento no solamente físico del problema, sino que además se requiere de componentes psicológicos, sociales y espirituales (WHO, 1996).

Medición de parámetros fisiológicos

Pueden ser los índices vegetativos, registros electromiográficos, trazados de electroencefalograma e imágenes cerebrales como la tomografía por emisión de positrones (Serrano-Atero et al., 2002).

La electroencefalografía es la ciencia que estudia mediante un registro gráfico, en papel o digital, la actividad eléctrica generada por el córtex cerebral, el registro es mediante electrodos colocados en cuero cabelludo (García, & Bretones, 2013). A través de estudios de neuroimagen se ha podido determinar las regiones que se activan durante experiencias de dolor agudo, siendo el más usado para la medición del dolor (Aldana, & Butrigado, 2013).

En la actualidad, la tomografía por emisión de positrones (PET) permite identificar y valorar variables fisiológicas como el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno cerebral asociados a estímulos dolorosos y su distribución cerebral (García Romero et al., 2002).

Medición psicológica del dolor

Consiste en establecer una medición del dolor desde el punto de vista clínico, a través de la información verbal o escrita que aporte el paciente (García Romero et al., 2002), debido a que a diferencia de otros síntomas médicos, dolor siempre es considerado por algunos autores como Davey (2016) como algo completamente subjetivo, lo que toma en cuenta únicamente lo que el paciente refiere. Olivares Crespo, & Cruzado Rodríguez (2008) establecen los siguientes objetivos dentro de la medición psicológica del dolor:

1. Determinar la frecuencia, intensidad, localización y la cronología temporal (duración y variación clínica) del dolor.
2. Determinar cuál es el estado emocional, las cogniciones y las conductas ante el dolor.
3. Determinar los factores antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia del dolor.

4. Determinar las consecuencias a corto y largo plazo de las conductas y experiencia del dolor, en lo personal, familiar y actividades.
5. Determinar el grado de adaptación al dolor crónico.
6. Poner de manifiesto el rol de los factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y exacerbación del dolor.
7. Llevar a cabo la formulación del caso clínico.
8. Llevar a cabo el diagnóstico psicopatológico, si es pertinente.
9. Valorar la probabilidad de desarrollo de incapacidad relacionada con dolor crónico.
10. Determinar que intervenciones psicológicas y médicas son las más apropiadas para cada paciente.
11. Predecir el resultado de intervenciones médicas.

Durante una investigación clínica, la medida de intensidad del dolor generalmente se refiere a una población entera examinada y se expresa como un valor medio, mientras que en la práctica clínica la estimación es individual y puede fluctuar dependiendo la personalidad de cada paciente (Corli et al., 2016).

En investigaciones anteriores se ha utilizado para medir el dolor, el Inventario Breve del Dolor (Ardigo et al., 2016; Carrol et al., 2015), en algunos casos se ha complementado con la Escala Visual Analógica (Beyes et al, 2016; Gutierrez, & Dominguez, 2013).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Cuando el dolor llega a ser molesto para el paciente, este puede ser tratado con una intervención comportamental (Davey, 2016). En una revisión de

Hochstenbach et al. (2017) se conceptualizaron los siguientes componentes necesarios para una intervención en el dolor de pacientes con cáncer:

Tabla 2.

Componentes para la intervención en el dolor de pacientes con cáncer

Componente	Adaptación de las características del dolor por cáncer
Conocimiento del dolor (Lorig & Holman, 2003)	Los pacientes necesitan conocer la información sobre su dolor por cáncer, el tratamiento, los factores asociados al dolor, entre los que pueden encontrarse el consumo de medicamentos, los efectos adversos, actividades diarias, el estado psicológico y el apoyo.
Percepción (Wilde & Garvin, 2007)	Previo al manejo de habilidades es requisito una percepción por parte del paciente de su propia situación, esto debido a que los auto-monitoreos permiten una mejor toma de consciencia de las tendencias del dolor y de los factores que influyen en él para la toma de mejores decisiones y actuar en consecuencia.
Habilidades (Holman & Lorig, 2004)	Entre las habilidades necesarias de los pacientes se encuentran la capacidad de auto-monitorear el progreso del dolor, el uso adecuado de la medicación, el contacto con los profesionales de salud en caso de ameritarlo, ajuste de comportamientos y hacer frente a las consecuencias del dolor.
Autoeficacia (Porter, Keefe, Garst, McBride, & Baucom, 2008)	Se ha reportado que en pacientes con altos niveles de autoeficacia (también manejada como autoconfianza) tienen niveles más bajos de dolor.
Apoyo social (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002)	Un ambiente de apoyo de cuidadores formales e informales ayuda a que el paciente no sienta que está por su cuenta, además de permitirles practicar y ganar confianza en sus habilidades para el autocontrol y manejo de síntomas.

Fuente: Hochstenbach et al. (2017)

Pese a que los recursos más utilizados para el manejo del dolor son los analgésicos (Guerreiro et al., 2014), también hay técnicas psicológicas, las cuales son usadas tales como: técnicas de respiración y relajación, técnicas de distracción e hipnosis (Orgiles, Méndez & Espada, 2009).

Para el manejo de la atención se realizan una serie de ejercicios donde los sujetos deben redireccionar su atención hacia estímulos externos,

propioceptivos o hacia imágenes mentales, debido a que los procesos atencionales están claramente implicados en la percepción del dolor (Moix, & Casado, 2011).

Desde una perspectiva clínica, el uso de la hipnosis puede alterar la percepción del dolor, en una variedad de modalidades siendo efectivas no solo para las sensaciones del dolor, sino también para los factores cognoscitivos y emocionales que incluyen la atención, la actitud, el afecto, la atribución y la activación (Domínguez, 2007).

HIPNOSIS CLÍNICA

ORIGEN DE LA HIPNOSIS CLINICA

Hace cuatro mil años en el antiguo Egipto, se utilizaban los templos de “sueño” para la curación, bajo el sumo sacerdote Imhotep. El paciente era inducido en un estado de trance cantando, para posteriormente los sueños ser interpretados por los sacerdotes y ayudar a resolver sus problemas (Williamson, 2012 en Brann, Owens, & Williamson).

Posteriormente, Franz Anton Mesmer introdujo el fenómeno hipnótico en la atención de la comunidad médica europea, creía que había un campo magnético alrededor y extendido a través de la gente, y que este “magnetismo animal” o “mesmerismo” podía ser influenciado para sanar a los enfermos en el tratamiento de los pacientes (Mesmer, 1775 citado en Wobst, 2007).

James Braid (1795- 1860) fue quien acuñó el término hipnotismo (del griego *hypnos*, que significa sueño), aseverando que era un estado de “sueño nervioso”, posteriormente lo abreviaría a hipnosis (Téllez, 2007). Jean Martin Charcot estudió la hipnosis y le dio una explicación médica, con lo cual contribuyó a darle un estatus científico (Tellez, 2007).

James Esdaile (1902) realizó durante 8 meses, un total de 73 intervenciones con hipnosis para clínica para reducir el dolor en intervenciones quirúrgicas, entre los cuales se encontraba una por brazos amputados, una mastectomía, una extracción de tumor en el maxilar superior, entre otras.

El primer caso bien documentada del uso de la hipnosis como procedimiento analgésico en una mastectomía fue reportado por Chapelain en Paris, en 1829. Esta cirugía fue realizada en una mujer llamada Jules Cloquet quien padecía cáncer de mama (Braude, 1995).

Paul Broca, quien describió el área del cerebro encargada del lenguaje (área de Broca), también se encontraba interesado en técnicas de anestesia en cirugía, por lo que aplicaba hipnosis clínica como anestesia (Corbella, 2015). A finales de 1859 presentó informes favorables de sus experimentos con hipnosis clínica a la Academia Francesa de Ciencias, la aceptación de dichos documentos, dio un sello de renovada respetabilidad al campo de la hipnosis, haciendo más fácil para otros emprender en la investigación (Jay & Rhue, 1991).

HIPNOTERAPIA

La hipnosis clínica fue definida por la sección 30 de la American Psychological Association (APA) (2000) como una técnica terapéutica en la que los clínicos hacen sugerencias a las personas que han sido sometidas a un procedimiento diseñado para relajarlos y enfocar sus mentes. Involucra alteraciones en la percepción, memoria y acción voluntaria (Kihlstrom, 1985). Posteriormente, en una nueva actualización, la APA la definió como un estado de consciencia que envuelve un foco concentrado de atención y reducción de la consciencia periférica, caracterizada por un aumento en la capacidad de respuesta a la sugestión, su uso en el tratamiento de un desorden médico o psicológico se le denomina hipnoterapia (Elkins, Barabsz, Council, & Spiegel, 2015).

Las sugerencias hipnóticas consisten en declaraciones de hechos que describen cambios en la experiencia o comportamiento que no requieren del compromiso voluntario de un participante (Oakley, & Halligan, 2013), cubren una gama de experiencias posibles, por ejemplo, efectos de motricidad, tales como "Tu brazo es cada vez más claro y comenzará a levantar" o sensoriales, tales como las "Hay azúcar que se disuelve en tu lengua y su sabor es dulce" (Naish, 2012, en Brann, Owens, & Williamson).

En el estado de hipnosis puede ocurrir una variedad de alteraciones en la percepción motriz y cognitiva, como un sentido relativo involuntario en la función motora, alteraciones en la percepción, reorientación en el sentido del tiempo, una relativa suspensión en el juicio crítico (referido como "trance-lógico"), disociación en la que los individuos realizan conductas de manera automática y una mayor apertura a las aportaciones de otros (también conocidas como sugerencias) (Spiegel, 1985).

La hipnosis clínica también puede tener efectos dentro del sistema nervioso, tal y como se puede observar en el metaanálisis realizado por Landry, Lifhitz y Raz (2017):

Tabla 3
Efectos de la hipnosis en el sistema inmunológico

Estudio	Resultados
Horton et al. (2004)	Aumento del volumen de materia blanca en cuerpo calloso en sujetos altamente hipnotizables.
Huber et al. (2014)	Aumento del volumen de materia gris en Giro Frontal Superior y disminución del volumen de materia gris en Insula para sujetos altamente hipnotizables. Se encontró también una disminución de la conectividad entre el tálamo y la red fronto-parietal derecha, así como un aumento de la conectividad entre lobular parietal inferior y una red ejecutiva central.

McGeown et al. (2015)	Aumento del volumen de materia gris en el giro medio superior y medio temporal, así como en el medio occipital para sujetos altamente hipnotizables
Hoeft et al. (2012)	Aumento de la conectividad funcional entre la corteza prefrontal Dorsolateral y la corteza cingular anterior
Huber et al. (2013).	La susceptibilidad hipnótica se relacionó positivamente con la actividad de corteza prefrontal Dorsolateral durante la fase de anticipación, y se relacionó negativamente con la actividad en el tálamo, caudado, precuneus y giro temporal posterior

Fuente: Landry, Lifhitz y Raz (2017).

Además, existe evidencia de que puede ayudar al sistema inmunológico, por ejemplo en un estudio de caso realizado por Castillo, Toraic, Castillo y Columbié (2010), se evaluó durante 4 sesiones de hipnoterapia a una paciente diagnosticada con alopecia areata totalis, antes de iniciar el tratamiento, la joven de 13 años mostraba una cuantificación de inmunoglobulinas G elevada, además de tener resultados muy bajos en el test de rosetas. Al finalizar las 4 sesiones, los resultados quedaron completamente normalizados, además de verse una mejoría en la caída del cabello.

La interleucina 6 (IL-6) también se ha visto alterada con el uso de la hipnoterapia, como el estudio realizado por Schoen y Nowack (2013) a un grupo de 11 participantes se les tomó una medida de sangre para analizar el efecto que tenían 12 sesiones de hipnoterapia dirigidas a reacondicionar y mejorar las reacciones emocionales y físicas ante el trabajo percibido y los estresores de la vida. En una primer medida se observa una $\mu = 1.01$ y una $\sigma = 0.55$, posteriormente en la segunda evaluación $\mu = 0.68$ y $\sigma = 0.21$, este estudio tuvo un tamaño del efecto de 0.61.

Jay Lynn y Kirsch (2005), refieren que existen tres tipos de sugerencias, 1) sugerencias ideomotoras, aquellas en las que una acción determinada como que un brazo se eleve en el aire, ocurrirá automáticamente, 2) sugerencias de reto en donde la persona no puede ejecutar una acción que normalmente no está bajo su control voluntario, como doblar el brazo, y 3) sugerencias cognitivas para distintas distorsiones cognitivas o perceptivas como la amnesia selectiva, la reducción del dolor o las alucinaciones.

TEORÍA DE LA NEODISOCIACIÓN

La disociación clásica es caracterizada por una interrupción o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, memoria, identidad, emociones, percepción, representación corporal, control motor y conducta (American Psychiatric Association, 2013). Mientras que la teoría de la neodisociación se basa en la idea de que existen sistemas cognitivos múltiples, o estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente que están, hasta cierto punto, bajo el control de un “ego-ejecutivo”. El ego-ejecutivo o la estructura de “control central” es responsable de planificar y supervisar las funciones de la personalidad. Durante la hipnosis, los subsistemas de control relevantes se disocian temporalmente del control ejecutivo consciente y, de hecho, son activados directamente por las sugerencias del hipnotizador. Esta falta de control consciente depende, en gran parte, de una barrera amnésica o proceso que relega las ideas, imágenes y fantasías al inconsciente. Esta reducción del control ejecutivo es responsable de la impresión subjetiva de involuntariedad que típicamente se da en las respuestas hipnóticas (Kirsch & Jay Lynn, 2005).

FASES DE HIPNOSIS CLINICA

Las fases principales del proceso hipnótico orientado especialmente a la intervención clínica son la fase preinductiva, la aplicación de técnicas de inducción hipnótica, la fase de administración de las técnicas de sugerencias específicas y por último la fase posthipnotica (González, 2005).

Durante la fase preinductiva se realiza una preparación del contexto hipnótico, un planteamiento a seguir y las metas u objetivos a alcanzar, se aclaran los miedos y concepciones erróneas, se asegura la cooperación del paciente y se evalúa la sugestionabilidad para mejorar el rendimiento hipnotico (González, 2005).

El contexto hipnótico se establece generalmente mediante un procedimiento de inducción, durante las cuales el hipnotizador guía a los pacientes a través de imágenes relajantes y tranquilizadoras con el objetivo de ayudarse a sentirse más relajados, distraídos de los estímulos aversivos, y más abiertos a sugerencias terapéuticas (Montgomery, & Schnur, 2004). Durante la administración de sugerencias específicas ocurre una modificación de respuestas cognitivo-subjetivas, psicofisiológicas o motoras pertinentes a los objetivos clínicos planteados (González, 2005).

La fase Posthipnótica nos permite la aplicación de diversas sugerencias posthipnóticas (esto es, sugerencias realizadas dentro del proceso hipnótico pero que tendrán efecto fuera de él) con el fin de favorecer que en las siguientes sesiones la ejecución hipnótica sea aún mejor, reduciendo el tiempo dedicado a inducción, para centrarse fundamentalmente en los objetivos terapéuticos (González, 2005).

HIPNOSIS CLINICA APLICADA AL DOLOR

La reducción del dolor es uno de las alteraciones perceptuales que pueden ocurrir como el resultado de la hipnosis (Patterson, 2004; Pichelmayer, Krupka, & Sponring, 2015), ya que induce un grado significativo en las variables que influyen en la atención (Cramer et al., 2015).

Las principales estrategias que se han usado para la evocación de la analgesia hipnótica con resultados satisfactorios son la reinterpretación de la sensación dolorosa, la sustitución, el desplazamiento, la disociación corporal, distracción de la atención, distorsión del tiempo, amnesia, regresión o progresión en edad y el entumecimiento o analgesia psicológica (Téllez, 2010).

Algunas personas han observado que, si ellos se concentran en algo, pareciera que su dolor es menos problemático, a esto se le conoce como distracción y es utilizado en el contexto hipnotico, pidiéndole al paciente que se enfoque en otra cosa que no sea el dolor (Bran, 2012, en Brann, Owens, & Williamson).

HIPNOSIS CLINICA EN CANCER DE MAMA

El uso de audios de hipnosis previos a una biopsia de mama, durante aproximadamente 17 minutos, pueden llegar a reducir significativamente el grado de estrés o ansiedad que se presenta ante el método de detección (Tellez, Sánchez-Jáuregui, Juárez-García, & García-Solís, 2016).

Durante la fase de tratamiento, las técnicas de sugestión hipnóticas pueden disminuir la respuesta general al estrés del cuerpo, al tiempo que tienen un impacto positivo en la inmunidad, por lo que, al combinar la anestesia local (o locorregional) y la hipnosis, podemos limitar la inmunosupresión perioperatoria y posiblemente influir en la evolución de la enfermedad (Potié, Roelants, Pospiech, Momeni, & Watremez, 2016).

Los beneficios de la hipnterapia en la cirugía, no se limita únicamente a la extinción del dolor durante una operación, sino que son de la mayor ventaja general y particular en el postratamiento de las enfermedades quirúrgicas (Esdaile, 1902)

IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal es la representación del cuerpo de uno mismo, que cada individuo construye en su mente (Millstein, 2013 en Gellman & Turner; Rodriguez-Camacho, Alvis-Gomez, 2015), es muy diferente a la apariencia física, ya que personas con apariencia física que se aleja de los cánones de belleza puede sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así (Salaberria, Rodríguez, & Cruz, 2007). El esquema corporal (como también se le conoce a la imagen corporal) comprende un aspecto tridimensional, abarcando aspectos psicológicos, sociológicos y fisiológicos (Scatolin, 2012).

Algunos de los aspectos más estudiados dentro de la imagen corporal son la satisfacción del tamaño corporal, estimación del tamaño corporal, adecuación al peso y sobrepeso autoperceptible, mismos que pueden influir conductas como pérdida de peso, bienestar emocional y comportamientos de salud (Millstein, 2013 en Gellman & Turner).

EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La evaluación de la imagen corporal suele centrarse en los componentes perceptivo y subjetivo, siendo hasta años más adelante que se comenzaron a evaluar los aspectos conductuales (Raich, 2004).

IMAGEN CORPORAL EN CANCER DE MAMA

El diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama supone una situación estresante, no solo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos como son referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva (American Cancer Society, 2014b; Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007).

Siendo el 95% de las sobrevivientes de cáncer quienes manifiestan algún grado de preocupación o evitación de los cambios (Cororve, Nipomnick, Guidani, Baumann, Hanasono, & Crosby, 2014)

Dos años después de la mastectomía, más del 50% de las mujeres reportan problemas con su apariencia y sus cicatrices, sintiéndose menos atractiva y femeninas (Unukovich et al., 2012). Barel-Shoshani y Kreitler (2017) encontraron que las mujeres que habían pasado por esta enfermedad, indicaban una sensación de daño a su feminidad y una pérdida de atractivo.

Los problemas de imagen corporal se pueden manifestar a través de sentimientos negativos cuando se ven desnudas ante el espejo o cuando su pareja las ve, tales como sentir vergüenza, falta de atractivo y desagrado (Vázquez-Ortiz, Antequera, & Blanco Picabia, 2010), esta insatisfacción de la imagen corporal medía completamente la relación entre la intensidad del dolor y los síntomas emocionales (Teo, Novy, Chang, Cox, & Cororve, 2015).

CAPITULO III

MÉTODO

PARTICIPANTES

El protocolo se aplicó a pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que sean intervenidas con mastectomía, del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepulveda”, quienes se distribuyeron de la siguiente manera:

El grupo 1: formado por 20 pacientes, a quienes se les aplicó una técnica hipnótica audio grabada antes y después de su procedimiento (Anexo 1).

El grupo 2: formado por 20 pacientes, los cuales no se les aplicó ninguna técnica hipnótica audio grabada, únicamente permanecieron con los audífonos para aislar sonidos exteriores y evitar sesgos.

Para ambos casos se utilizaron los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
- Estar programadas a mastectomía.
- Ser mayores de edad.

Criterios de exclusión:

- Tener algún trastorno psiquiátrico.
- Intervención previa con hipnosis.
- Tener problemas de escucha.
- Tener problemas de lenguaje.
- Haber tenido diagnóstico previo de cáncer de mama.

Criterios de eliminación

- Que la paciente no concluyera la evaluación.
- Que la paciente decida finalizar el protocolo.

INSTRUMENTO

Se utilizó el Brief Pain Inventory (BPI) (Anexo 3) versión española para pacientes con dolor de causa neoplásica por Badia et al., (2003), para medir la variable del dolor.

Este instrumento consta de 36 reactivos, los cuales 11 de ellos se agrupan en dos dimensiones “intensidad del dolor” (reactivos 2, 3, 4 y 5) e “interferencia en actividades” (reactivos 13A, 13B, 13C, 13D, 13E, 13F y 13G). Cada uno de los reactivos se puntúa mediante una escala numérica que va de 0 (ausencia de dolor/ interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/ afectación máxima en la vida diaria). El cuestionario consta de 15 reactivos adicionales, no incluidos en las dimensiones anteriores, que evalúan el nivel de alivio que el tratamiento para el dolor proporciona al paciente, la localización del dolor y las causas del dolor.

El coeficiente α de Cronbach es de 0.89 en la dimensión de “intensidad del dolor” y de 0.87 en la dimensión de “interferencia en actividades”.

Para la evaluación de imagen corporal, se utilizó Body Image Scale (S-BIS) versión española de Gomez-Campelo, Bragado-Álvarez, Hernández-Lloreda, & Sánchez-Bernardos (2015) (Anexo 4).

La escala tiene 10 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que varían desde “en absoluto” (0) hasta “mucho” (3). Se encuentran agrupados en 3 dimensiones (afectiva, conductual y emocional).

El coeficiente α de Cronbach es de 0.967 en pacientes con cáncer de mama.

PROCEDIMIENTO

FASE I.

Los datos se recolectaron en las instalaciones de Clínica de Mama del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”. Las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama fueron referidas por el médico encargado, posteriormente se les explicó acerca del protocolo y se les pidió firmar el consentimiento informado (Anexo 2), además de recabar sus datos personales como el nombre, la edad y el teléfono.

FASE II.

El día de la valoración preoperatoria, las pacientes fueron citadas 30 minutos antes de sus estudios de valoración y se llevó a cabo la aplicación del “Brief Pain Inventory”.

A las pacientes del grupo de intervención se les pidió que se sentaran cómodamente en una silla, se colocaran unos audífonos, cerraran sus ojos y escucharan una técnica hipnótica con sugestión para reducir el dolor. Al grupo control se le pidió que se colocara los audífonos con las siguientes instrucciones: “Le vamos a pedir que se siente cómodamente en esta silla, cierre sus ojos, le vamos a colocar estos audífonos para que no escuche los ruidos externos y pueda relajarse por unos 20 minutos para que pueda entrar más relajadamente a la cirugía”.

Al finalizar la técnica audiograbada de hipnosis clínica se les aplicó nuevamente el reactivo 5 del “Brief Pain Inventory”..

FASE III.

El día de la cirugía, mientras se encuentran en la sala de espera para el quirófano, se aplicó el reactivo 5 del “Brief Pain Inventory”. Antes de entrar a la

cirugía, se le entregó un reproductor mp3 con una técnica audiograda de hipnosis clínica a las pacientes del grupo de intervención, con la instrucción de escucharla durante la semana de recuperación.

FASE IV.

En la cita de seguimiento, una semana después de la cirugía, se aplicó nuevamente el instrumento “Brief Pain Inventory”, y “Body Image Scale” Se agradeció su participación durante todo el proceso.

DISEÑO

Se utilizó un diseño aleatorio experimental de tipo pre-test/ pos-test con grupo control (Dimitrov & Rumrill, 2003). Tras la aleatorización de la muestra, se recurrió a una ocultación de la secuencia de asignación mediante sobres.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recolectaron de manera voluntaria en las instalaciones del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepulveda”, posterior al dictamen de aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación del hospital, donde se le asignó la clave de control interno HMBSSNL-2017/725.

La recolección de datos se llevó a cabo en cuatro fases

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recopilados fueron capturados y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 19 en español. Las pruebas que se utilizaron fueron

no paramétricas debido a que no cumplieron con los criterios de normalidad, siendo esta mayor a .05.

Para los datos sociodemográficos se utilizó el análisis de frecuencias con el archivo segmentado por grupos, siendo estos el de hipnosis y el control.

El análisis de percepción de dolor se obtuvo mediante los puntajes de diferencia (Gain Score) de los grupos de evaluaciones pre y post, mismos que fueron utilizados con Kruskal Wallis. Para medir el impacto se obtuvo el tamaño del efecto con *d* de Cohen con la siguiente formula:

$$d = \frac{x_{Hipnosis} - x_{Control}}{X_{Desviaciones\ estandar}}$$

Se tomaron como referencia para tamaño del efecto, los valores referidos por Téllez, García y Corral-Verdugo (2015), donde .20= pequeño, .50= mediano y .80=grande, señalándose con negritas aquellos que cumplieran con el puntaje para ser un tamaño del efecto grande.

Para la percepción de imagen corporal, debido a que solamente se realizó una evaluación se utilizó la prueba U de Mann Withney para comparar medias entre grupo control y experimental.

CAPITULO IV

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

De las 43 pacientes iniciales, 1 se negó a participar en el protocolo y 2 se excluyeron por problemas de salud. En total participaron 40 pacientes con cáncer de mama, las cuales fueron asignadas aleatoriamente ya sea a grupo control (20) o grupo de hipnosis (20) (figura 1).

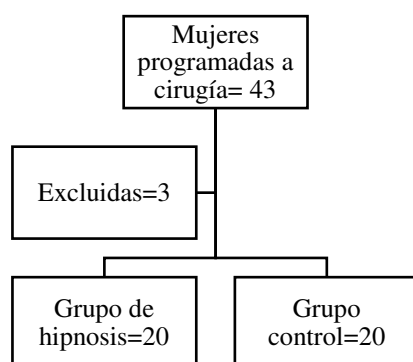


Figura 1. Se observa la cantidad de pacientes programadas a cirugía por cáncer de mama y su distribución en los grupos.

En el grupo de intervención participaron 10 mujeres programadas a cirugía en mama derecha y 10 mujeres programadas a cirugía en mama izquierda, mientras que en el grupo control participaron 8 mujeres programadas a cirugía en mama derecha y 11 en mama izquierda. El rango de edad de las participantes fue de 30 a 80 con una media de 54.13, mientras que el rango de escolaridad en años fue de 0 a 17 años, con una media de 8.05.

Tabla 4.

Frecuencias de datos sociodemográficos por grupo

Variable		Grupo experimental	Grupo control	Total
Estado civil	Soltera	3	2	5
	Casada	10	8	18
	Separada	2	1	3
	Divorciada	0	3	3
	Unión Libre	3	3	6
	Viuda	2	3	5
Trabaja	Si	7	8	15
	No	13	12	25
Ingreso mensual aproximado (mxn)	0 a 700	14	13	28
	701 a 4000	2	3	5
	4001 a 6000	3	1	4
	6001 a 12000	1	3	4

DOLOR

INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA.

En la figura 2, se observa la evolución respecto a la percepción del dolor que tuvieron las pacientes en cinco periodos de tiempo, los cuales incluyen el momento antes de la aplicación de los audífonos con la técnica audiograbada de hipnosis, ese mismo día después de la intervención con hipnosis, el día de su procedimiento quirúrgico, el día después de la cirugía y una semana después. Siendo el puntaje más alto en intensidad de dolor al día siguiente de la cirugía en el grupo control (media=4.15), y en el pretratamiento en el grupo de hipnosis (media=2.2).

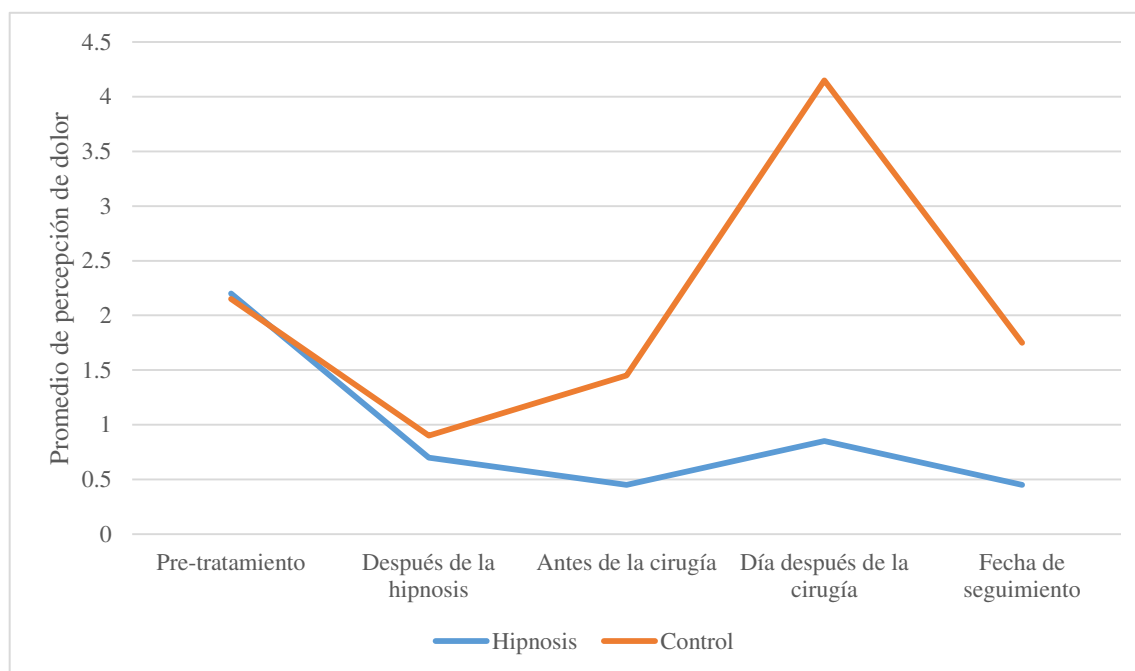


Figura 2. Diferencias entre el grupo de hipnosis y el grupo control, en los niveles promedio de percepción de dolor desde el pretratamiento hasta el seguimiento.

La tabla 5 muestra los resultados del puntaje de cambio de la intensidad del dolor, tomando en cuenta la comparación con la primera evaluación. Se observa una reducción significativa en la intensidad del dolor en el grupo de hipnosis con un tamaño del efecto grande al día siguiente de la cirugía ($\chi^2(1)=8.13$, $p=.004$, $d=-.89$), en el seguimiento con un tamaño del efecto mediano pero sin significancia estadística ($\chi^2(1)=$

Tabla 5. Aquí se muestran los puntajes de cambio de la percepción de intensidad de dolor en diferentes momentos.

Intensidad del dolor	M(DE) Hipnosis	M(DE) Control	$\chi^2(p)$	d
Después de la intervención	-1.50(1.54)	-1.25(1.92)	.84(.360)	-.14

Día de la cirugía	-1.75(1.92)	-.70(3.40)	3.79(.051)	-.39
Al día siguiente de la cirugía	-1.35(3.22)	2.00(4.30)	8.13(.004)	-.89
Seguimiento	-1.75(2.42)	-.40(2.26)	3.00(.083)	-.58

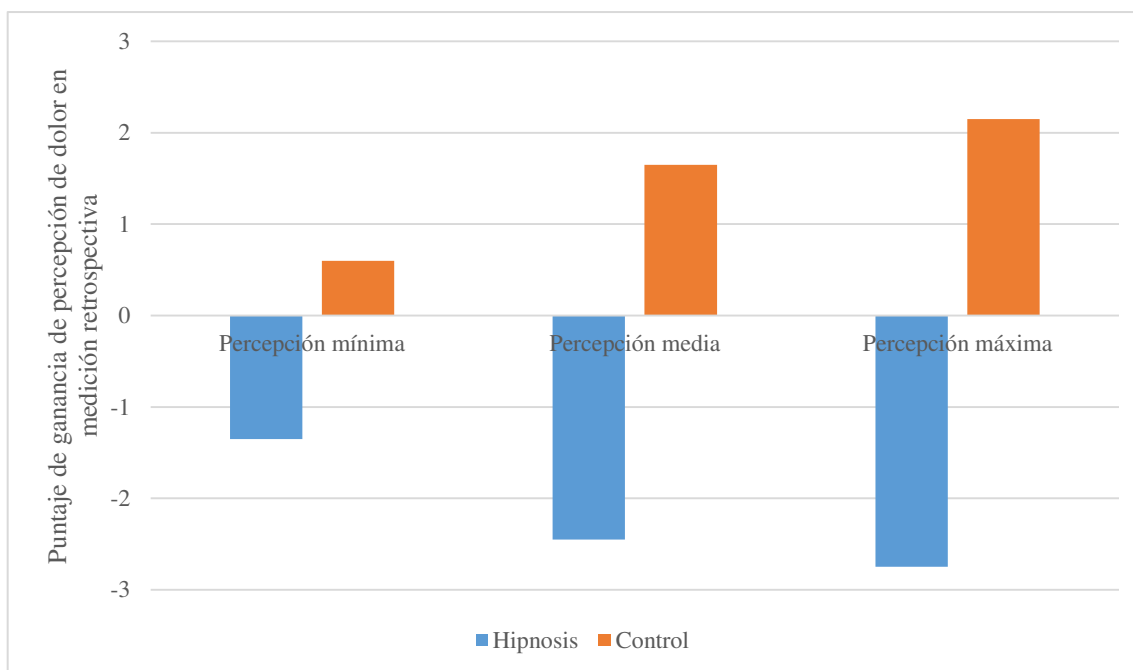


Figura 3. Aquí se muestran los puntajes de cambio de manera retrospectiva entre la semana de inicio y el seguimiento.

Las mediciones retrospectivas de la percepción del dolor una semana antes de la evaluación con hipnosis y una semana después de la cirugía mostraron una reducción significativa en el grupo de hipnosis con un tamaño del efecto grande cuando se compara con el grupo control (tabla 6).

Tabla 6. Aquí se muestran las diferentes formas de percepción de intensidad de dolor de acuerdo con el cuestionario breve del dolor de manera retrospectiva de una semana antes de la intervención con hipnosis a la semana de recuperación de la cirugía.

Intensidad del dolor	M(DE) Hipnosis	M(DE) Control	X ² (p)	d
Percepción mínima	-1.35(2.43)	.60(1.98)	5.12(.024)	-.88
Percepción media	-2.45(2.82)	1.65(1.63)	17.37(.001)	-1.85
Percepción máxima	-2.75(3.93)	2.15(2.58)	15.36(.001)	-1.5

INTERFERENCIA CON ACTIVIDADES

El análisis estadístico con la prueba Kruskal Wallis muestra que hay un incremento estadística y clínicamente significativo en la interferencia del dolor en las actividades diarias en el grupo control y un decremento en el grupo de hipnosis ($\chi^2(1)=16.73$, $p=.001$, $d=1.60$).

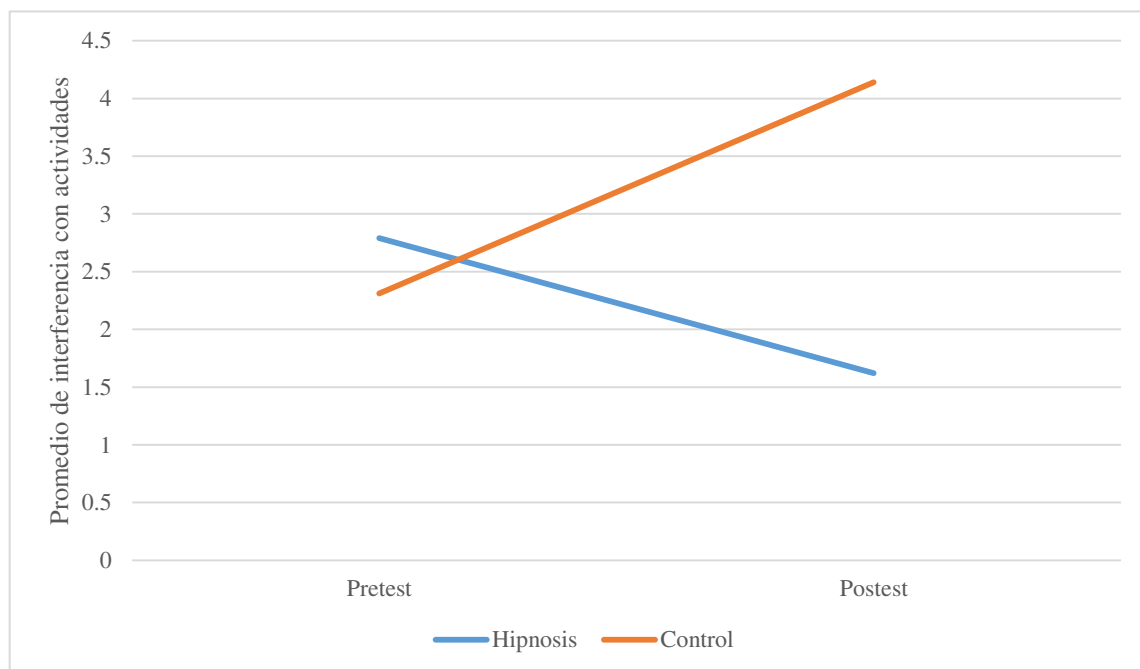


Figura 4. Transcurso del promedio total de interferencia del dolor en las actividades de acuerdo al cuestionario breve del dolor.

La tabla 7 nos muestra los resultados obtenidos en el puntaje de cambio del momento de la línea base a una semana después de la cirugía, en los que los resultados muestran una reducción en las alteraciones en 6 de 7 variables en el grupo de hipnosis, siendo estas la interferencia del dolor en las actividades diarias, el estado de ánimo, caminar, las relaciones sociales, sueño y disfrutar de la vida, contando con un tamaño del efecto grande, a excepción de la interferencia del dolor en caminar, el cual tuvo un tamaño del efecto mediano.

Tabla 7
Interferencia con actividades del cuestionario breve del dolor

Variable	M (SD) Hipnosis	M (SD) control	X ² (p)	d
Actividades diarias	-.55(2.04)	1.65(3.47)	9.04(.003)	-.80
Estado de ánimo	-2.30(3.77)	1.40(2.58)	11.97(.001)	-1.16
Caminar	-.50(2.46)	1.25(2.85)	5.39(.020)	-.65
Trabajo habitual	.60(2.80)	2.40(3.70)	2.03(.154)	-.55
Relaciones sociales	-1.10(1.80)	1.50(1.76)	15.90(.001)	-1.46
Sueño	-1.90(3.61)	2.95(2.96)	17.79(.001)	-1.48
Disfrutar de la vida	-2.40(3.36)	1.60(1.67)	18.67(.001)	-1.60

IMAGEN CORPORAL

En la tabla 9 se observa una menor alteración en la imagen corporal en el grupo de hipnosis evaluada una semana después de la cirugía, en la escala de imagen corporal (Gómez-Campelo et al., 2015).

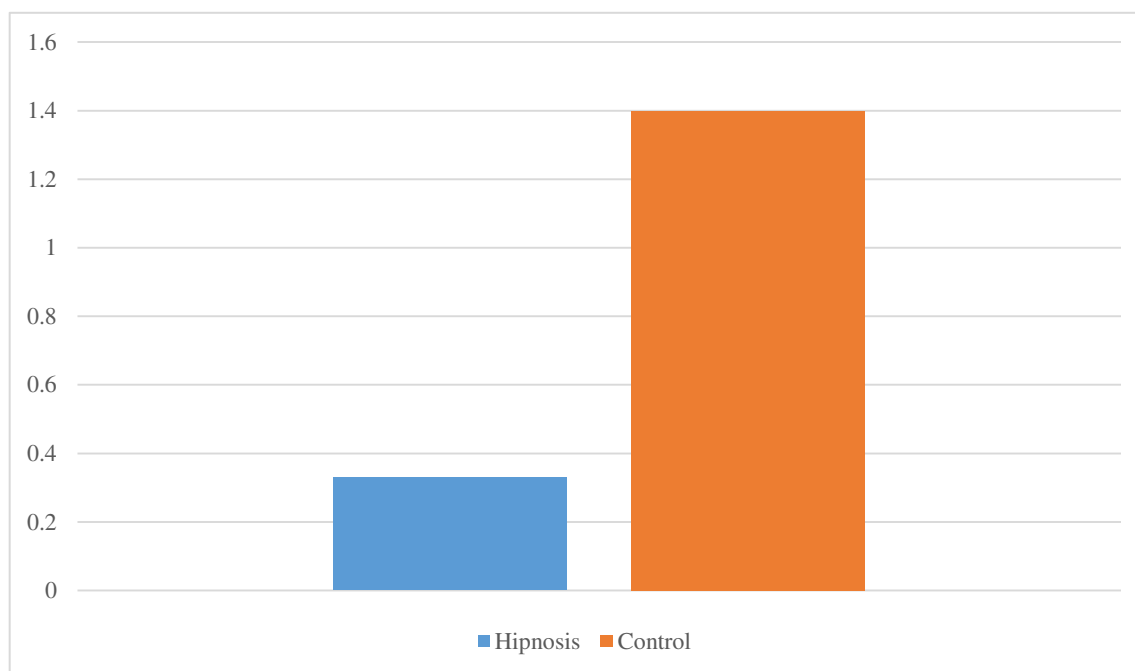


Figura 5. Aquí se observa la alteración de la imagen corporal en pacientes del grupo hipnosis y grupo control

Tabla 8. Efectos de la hipnosis en la alteración de la imagen corporal en comparación con el grupo control.

Variable	M (sd) Hipnosis	M (sd) Control	Z(P)	<i>d</i>
Imagen corporal	.33(.51)	1.4(1.00)	-3.53(.001)	1.4

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de la hipnosis sobre la percepción de dolor e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama programadas a mastectomía. De acuerdo a la revisión sistemática llevada a cabo por Cramer et al., (2015), pocos estudios aleatorizados se han realizado donde se aborda el efecto de la hipnosis en el dolor posterior a la mastectomía, y probablemente hasta donde he revisado sería el primero donde se observe una mejoría en la imagen corporal en estas pacientes, de acuerdo a estos autores la mayoría de los estudios se han realizado en para observar los efectos de la hipnosis en pacientes con biopsia de mama más que mastectomía (por ejemplo Tellez et al., 2016)

Uno de los hallazgos más relevantes de este estudio, relativo al dolor, es una significativa reducción de la intensidad del dolor un día después de la cirugía en las pacientes del grupo de hipnosis (-1.35), mientras hubo un incremento del dolor en el grupo control (2.00) ($p=.004$, $d=-.89$) esto es de relevancia ya que otros estudios han reportado que un día después de la cirugía, es el momento donde la intensidad del dolor es mayor, por ejemplo Guerreiro et al., (2014), encontraron que el 67% de las pacientes con mastectomía, presentaban la mayor intensidad de dolor justo después de la cirugía y es interesante notar que los efectos de la hipnosis clínica se mantuvieron una semana después con un tamaño del efecto mediano ($d=-.58$) y con una tendencia a la significancia estadística. Estos datos concuerdan con un estudio realizado por Berliere et al (2018) quienes encontraron una reducción significativa en el dolor muscular y

articular en un grupo de mujeres a quienes se les aplicó hipnosis para el procedimiento de mastectomía. También se encontró una mejoría en la fatiga, un decremento de náusea y vómito, radiodermatitis y sofocos, así como menos días de hospitalización

Algunos autores recomiendan utilizar entre 4 y 7 sesiones de reforzamiento con hipnosis (Ardigo et al., 2016), pese a ello, el puntaje de percepción del dolor no alcanzó el promedio inicial que manifestaron las pacientes, por lo que el uso de sugerencias posthipnoticas contribuyó de manera benéfica para las pacientes, esto concuerda con el estudio de González (2005) donde sugiere el uso de sugerencias posthipnoticas para reducir el tiempo dedicado a la intervención.

Algunos estudios han mostrado que la intensidad del dolor interfiere en las actividades diarias de las pacientes con cáncer de mama en general, tales como el trabajo, las actividades físicas, el cuidado de niños y disfrutar de la vida, sin embargo los datos del presente estudio arrojan que la hipnosis mejoró las actividades diarias tales como las actividades sociales, el sueño y disfrute de la vida actividades que suelen verse afectadas con la intensidad del dolor. No se encontró que la hipnosis tuviera una reducción estadísticamente significativa en la variable “trabajo habitual” el cual incluye el trabajo fuera de casa, esto es debido posiblemente a que el 62.5% de las mujeres en el estudio reportaron no tener un trabajo formal, siendo más de la mitad de la muestra, por lo que la comparación podría verse sesgada, aunque el tamaño del efecto (-.55) se considera como una mejoría clínica.

También se observó que el grupo hipnosis mostró una mejoría estadísticamente significativa en la variable “caminar” y con un tamaño del efecto mediano a grande.

La disminución de la interferencia del dolor en el sueño es un hallazgo importante, porque el sueño es un estado de consciencia que favorece la calidad de vida durante el día, el fortalecimiento del sistema inmunológico y la secreción de hormonas muy importantes en la salud tales como la melatonina y la hormona del crecimiento. El efecto positivo de la hipnosis en el sueño de mujeres con cáncer de mama también ha sido reportado por Jaime, Tellez, Juarez, García y García (2015) quienes observaron una mejoría en la latencia, duración, eficiencia y la calidad global de sueño.

El uso de la hipnosis clínica mostró una menor alteración en la imagen corporal, esto es debido a que la hipnosis clínica no solo puede modificar la percepción del dolor sino también otros factores cognoscitivos relacionados con la atención, la actitud, el afecto, la atribución y la activación (Domínguez, 2007).

Barel-Shoshani y Kreitler (2017), argumentan que la cirugía por cáncer de mama representa un daño a la feminidad y una pérdida de atractivo. Esto puede observarse en las pacientes del grupo control quienes presentaron mayor alteración en la imagen corporal, debido a la desfiguración restante a la cirugía repercute negativamente en el sentimiento de atractivo de la mujer debido a la importancia que se le da a los atributos físicos en los patrones y valores de belleza femenina (Vázquez-Ortiz, Antequera, & Picabia, 2010).

Al utilizar la hipnosis clínica y observarse los beneficios que se obtienen en la percepción de imagen corporal en las mujeres que pasar por una cirugía de cáncer de mama, comprobamos la importancia de la implementación de técnicas que intervengan en esta etapa, ya que para muchas mujeres, los

senos una característica sexual secundaria muy importante en la definición de feminidad y al someterse a una cirugía como la mastectomía ya sea radical o simple las mujeres pueden sentir que se altera su feminidad. El seno femenino también se relaciona con la sexualidad así como la maternidad y la lactancia (Belber-Gómez, Valencia-Agudo, & De la Viuda-Suárez, 2017).

Hasta donde se observó, la mayoría de los estudios sobre hipnosis e imagen corporal, estos se concentran más en la imagen corporal relacionada al índice de masa corporal (IMC) de las personas, más que en la imagen corporal relacionada a la pérdida de la mama por cáncer. Algunos estudios evaluaron el uso de la hipnosis en la autoestima en cáncer de mama, conceptos que, pese a ser similares no son sinónimos, es decir, la imagen corporal es la representación que tiene uno mismo respecto a su cuerpo, constituida en su mente (Millstein, 2013 en Gellman & Turner; Rodríguez-Camacho, Alvis-Gomez, 2015), mientras que la autoestima es la valoración positiva o negativa que tiene la persona sobre si misma (Masso, 2001).

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

En el presente trabajo se realizó una muestra completamente aleatorizada y con ocultación de la secuenciación, sin embargo, se debe mencionar que, debido a la dificultad de acceso a la muestra, se recomienda incrementarla para futuros estudios y así incrementar la potencia estadística.

El uso de instrumentos que puedan medir de manera fisiológica el dolor, podría complementar con la información recabada por la percepción que las pacientes tienen del dolor.

Es importante que para futuras investigaciones se utilicen pruebas estandarizadas en México, además de realizar una evaluación de la imagen

corporal antes de la cirugía para saber si realmente existe una diferencia entre ambos grupos.

Se recomienda la implementación de variables como autoestima y autoconcepto, que complementen lo recabado con la imagen corporal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aldana Ramirez, C. A., & Buitrago Bolivar, E. (2013). Actualidad en la investigación de electroencefalograma: resonancia magnética funcional simultáneos en el estudio de epilepsia y dolor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 32(1), 29-47. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v32n1/ibi04113.pdf>
- Ardigo, S., Herrmann, F., Moret, V., Déramé, L., Giannelli, S., Gold, G., & Pautex, S. (2016). Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatrics*, 16(14), 1-8. doi: 10.1186/s12877-016-0180-y.
- Aguilar, C. M., González, J. E., García, L. A., Álvarez, F. J., Padilla, L. C., Guisado, B. R., & Rizo, B. M. (2011). Obesidad y su implicación en el cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*. 26(4), 899-903. doi: 10.3305/nh.2011.26.4.5260
- Aguilar, C. M., González, J. E., García, L. P., Álvarez, F. J., & Padilla, L. C. (2012). Obesidad y niveles séricos de estrógenos; importancia en el desarrollo precoz del cáncer de mama. *Nutrición hospitalaria*. 27(4), 1156-1159. doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5854
- Aguilar Cordero, M. J., Neri Sanchez, M., Padilla Lopez, C. A., Pimentel Ramírez, M. L., García Rillo, A., & Sánchez Lopez, A. M. (2012). Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un

estado de México. *Nutrición Hospitalaria*. 27(5), 1631-1636. doi: 10.3305/nh.2012.27.5.5997

American Cancer Society (2015). *Cancer Facts & Figures 2015*. Atlanta: American Cancer Society.

American Cancer Society (2014a). *Cirugía para el cancer de seno*. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-seno-treating-surgery>

American Cancer Society (2014b). *Imagen corporal despues del tratamiento de cancer de seno*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-seno-treating-targeted-therapy>

American Cancer Society (2014b). *Radioterapia para el cancer de seno*. Recuperado de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-seno-treating-radiation>

American Psychological Association [APA]. (2000). *Encyclopedia of psychology: 8 volume set*. Recuperado de: <http://www.apa.org/topics/hypnosis/index.aspx>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM V*. Washington DC, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.

Arbizu, J. P (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo el cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Análes del Sistema Sanitario de Navarra*. 24(1), 173-178. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>

- Arce, C., Bargallo, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Perez, V. & Villarreal, P. (2011). Oncoguía: Cancer de mama. *Instituto Nacional de Cancerología*. Recuperado de: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
- Asociación Española Contra el Cancer. (2014). *Cáncer de mama*. Madrid: Asociación Española Contra el Cancer.
- Badia, X., Muriel, C., Gracia, A, Nuñez-Olarte, J. M., Perulero, N., Gálvez, R., ..., & Cleeland, C. S. (2003) Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*, 120 (2), 52-59. doi: 10.1016/S0025-7753(03)73601-X
- Barel-Shishani, Z. A., & Kreitler, S. (2017). Changes in self-perception following breast cancer as expressed in self-figure drawings: present-past. *The art in psychotherapy*. Inpress. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.001>
- Barreto, M. P., & Pintado, M. S. (2011). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 24 (4), 136-140. Recuperado de: http://www.sespm.es/f/revista/2011_24_4/3.pdf
- Berliere, M., Roelants, F., Watremez, C., Docquier, M. A., Piette, N., ..., & Duhoux, F.P. (2018). The advantages of hypnosis intervention on breast cancer surgery and adjuvant therapy. *The breast*, 37(2018), 114-118. Doi: 10.1016/j.breast.2017.10.017
- Beyes, S. G., Ergönenc, J. S. Ergönenc, T., Sönmez, Ö. U., Erkorkmaz, Ü., & Altintoprak, F. (2016). Postmastectomy pain: a cross-sectional study of prevalence, pain characteristics, and effects on quality life. *Chinese Medical Journal*. 129(1), 66-71. doi: 10.4103/0366-6999.172589

- Bianconi, E., Piovesan, A., Facchin, F., Beraudi, A., Casadei, R., Frabetti, F., ... & Perez-Amodio, S. (2013). An estimation of the number of cells in the human body. *Annals of human biology*, 40(6), 463-471. doi: 10.3109/03014460.2013.807878.
- Brandão, T., & Mena Matos, P. (2015). Efficacy of psychological group interventions for women with breast cancer: A systematic review. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33(1), 98-106. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.01.001
- Brann, L. (2012). *Pain*. En L. Brann, J., Owens, & A., Williamson (Eds.), The handbook of contemporary clinical hipnosis: theory and practice. (293-316). Reino Unido: Wiley-Blackwell
- Braude, S. E. (1995). *First person plural: Multiple personality and the philosophy of mind*. Nueva York, Estados Unidos: Rowman & Littlefield Publishers.
- Bruce, J., Thornton, A. J., Powell, R., Johnston, M., Wells, M., ... & Scott, N. W. (2014). Psychological, surgical, and sociodemographic, predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: A population-based cohort study. *Pain*. 155(2), 232-243. doi: 10.1016/j.pain.2013.09.028
- Campero, L. D., Atienzo, E. E., Marín, E., De la Vara-Salazar, E., Pelcastre-Villafuente, B. D., & González, G. L. (2014). Detección temprana del cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Pública de México*. 56(5), 511-518. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a18.pdf>
- Carpenter, J. S., Andrykowski, M. A., Sloan, P., Cunningham, L., Cordova, M. J., Studts, J. L., McGrath, P. C., Sloan, D., & Kenady, D. E. (1998). Postmastectomy/Postlumpectomy pain in breast cancer survivors. *Journal of*

Clinical Epidemiology. 51(12), 1285-1292. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00121-8.

Carroll, I. R., Hah, J. M., Barelka, P. L., Wang, C.K., Wang, B., Gillespie, M., McCue, R., Humphreys, K., Goodman, S. B., Dirbas., F. M., & Mackey, S. C. (2015). Pain duration and resolution following surgery: an inception cohort study. *Pain Medicine.* 16(1), 2386-2396. doi: 10.1111/pme.12842

Carvalho, L. M., Alves, N. D., & De Souza, T. F. (2015) Evaluation of self-esteem in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 23(6), 1082-1089. doi: 10.1590/0104-1169.0575.2652

Cascales Angosto, M. (2003). Bases moleculares de la apoptosis. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia.* 69(1), 37-64. Recuperado de: <https://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/download/258/287>.

Castaño, E. (2006). Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. *Revista Hacia la Promoción de la Salud.* 11(1), 11-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126325003>

Castillo Belén, J. R., Toraic Fernández, Y., Castillo Belén, A., & Columbié Cumba, Y. (2010). Hipnoinmunoterapia en una adolescente. *Medisan.* 14(8), 2048-2051. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n8/san15810.pdf>

Cororve Fingeret, M., Nipomnick, S., Guidani, M., Baumann, D., Hanasono, M., & Crosby, M. (2014). Body image screening for cancer patients undergoing reconstructive surgery. *Psycho-oncology.* 23(8), 898-905. doi: 10.1002/pon.3491

- Corli, O., Martoni, A. A., Porcu, L., Roberto, A., Pinto, C., ..., & Zagonel, V. (2016). Non clínic factors influencing pain intensity in cancer patients: socio-cultural-economic status, awareness of disease and the relation with the oncologist. *European Journal of Internal Medicine*. 33, 18-19. doi: 10.1016/j.ejim.2016.04.019
- Corvella, J. (2015). Medicina d'ocetània: Paul Broca (Sainte Foy La Grande, Gironda, 1824-París 1880). *Revista de la Reial Acadèmia e Medicina de Catalunya*. 30(1), Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/RevistaRAMC/article/view/295460>
- Cervero, F. (2000). Neurobiología del dolor. *Revista de neurología*. 30(6), 551-555. Recuperado de: <http://cdn.psyciencia.com/wp-content/uploads/2014/03/neurobiologia-del-dolor.pdf>
- Coveney, E., Grieve, M., Kumar, B. (2011). Impact of therapeutic hypnosis on pain and anxiety in patients undergoing breast cancer surgery. *European Journal of Surgical Oncology*. 37(11), 1002. doi: 10.1016/j.ejso.2011.08.103
- Cramer, H., Lauche, T., Paul, A., Langhorts, J., Kümmel, S., & Dobos, G. J. (2015). Hypnosis in Breast Cancer Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Integrative Cancer Therapies*. 14(1), 5-15. doi: 10.1177/1534735414550035.
- Davey, E. S. (2016). Psychology and chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 17(11), 568-570. doi: 10.1016/j.mpaic.2016.08.004
- De Góes Salvetti, M., Cobelo, A., De Moura Vernalha, P., De Almeida Vianna, C. I., Campos Canarezi, L. C., & Lacerda Calegare, R. G. (2012). Efectos de un programa psicoeducativo en el control del dolor crónico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20(5), 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_11.pdf

- De Menezes Couceiro, T. C., De Menezes, T. C., & Moraes Valência., M. (2009). Síndrome dolorosa pos-mastectomia. A magnitude do problema. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 59(3), 358-365. doi: 10.1590/S0034-70942009000300012
- Delbrück, H. (2007). *Rehabilitation and palliation of cancer patients*. Francia: Springer.
- Díaz, J., Ruibal, A. & Tejerin, A. (2012) *Cancer de mama. Aspectos de interés actual*. Madrid: Comunicación Gráfica.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*. 0(1), 39-48. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17245>
- Dominguez, B. (2007). Analgesia hipnótica en el dolor crónico. *Revista Iberoamericana del Dolor*. 2(4), 25-31. Recuperado de: http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4435062/Dominguez-Analgesia_hipnotica_dolor_cronico.pdf
- Duan, W., Li, S., Meng, X., Sun, Y., & Jia, C. (2017). Smoking and survival of breast cancer patients: A meta-analysis of cohort studies. *The Breast*. 33, 117-124. doi: 10.1016/j.breast.2017.03.012
- Elkins, G. R., Barabasz, A., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 63(1), 1-9. doi: 10.1080/00207140701338621
- Esdaile, J. (1902). *Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine*. Chicago: The psychic research company.

- Espinosa-Larrañaga, F., & Ramiro H, M. (2014). Acerca del cáncer de mama y la mamografía. *Revista Médica del IMSS*. 52(6). 604-605. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146a.pdf>
- Fagundes, C. P., Lindgren, M. E., Shapiro, C. L., & Kielcolt-Glaser, J. K. (2012). Child maltreatment and breast cancer survivors: social support makes a difference for quality of life, fatigue, and cancer stress. *European Journal of Cancer*. 48(5), 728-736. doi: 10.1016/j.ejca.2011.06.022
- Favez, N., Cairo, N. S., Charvoz, L., Notari, L., Ghisletta, P., Panes, R. B., & Delaloye, J. F. (2015). Distress and body image disturbances in women with breast cancer in the immediate postsurgical period: The influence of attachment insecurity. *Journal of Health Psychology*. 20(6), 1-10. doi: 10.1177/1359105315589802
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B. H., Karlsson, S., & Salander, P. (2013). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer: A two year follow up study. *European Journal of Oncology Nursing*. 17(3), 340-345. doi: 10.1016/j.ejon.2012.09.002
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*. 61, 41-50. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61119/88853>
- Franco Inurreta, A., García Calderón, M. R., Gorráez de la Mora, M. T., & Ramírez Jiménez, H. (2011). Biopsias de mama con aguja gruesa guiada por esterotaxia: Experiencia en el CMN 20 de Noviembre del ISSTE. *Anales de Radiología México*. 2011(2), 69-74. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2011/arm112b.pdf>

- Fuentes Pananá, E., Camorlinga Ponce, M., & Maldonado Bernal (2009). Infección, inflamación y cáncer gástrico. *Salud Pública de México*. 51(5), 427-433. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51n5/10.pdf>
- García Arroyo, J. M., & Domínguez López, M. L. (2011). Psychological problems derived from mastectomy: a qualitative study. *Internacional Journal of Surgical Oncology*. 2011(2011), 4-8. doi: 10.1155/2011/132461
- García Barreno, P. (2008). Inflamación. *Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*. 102(1), 91-159. Recuperado de: <http://www.rac.es/ficheros/doc/00681.pdf>
- García Bellón, M. & Bretones, C. S. (2012). *Electroencefalografía en Cuidados Críticos AnestesiaR*. Recuperado de <http://anestesiario.org/2012/electroencefalografia-en-cuidados-criticos/>
- García Romero, J., Fernández A., Jiménez Romero, M., Fernández-Abascal, P., Sánchez Carrillo, F., & Fernández, G. (2002). La medición del dolor: una puesta al día. *Medicina Integral*. 39(7), 317-320. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13029995&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=63&ty=137&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=63v39n07a13029995pdf001.pdf
- Garza, J., & Juarez, P. (2014). *El Cancer*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gomes, N. S., & Da Silva, S. R. (2013). Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery. *Texto & Contexto Enfermagem*. 22(2), 509-516. doi: 10.1590/S0104-07072013000200029
- Gomez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Hernández-Lloreda, M. J., & Sánchez-Bernardos, M. L. (2015) The Spanish versión of the Body Image Scale (S-

BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynecological cancer patients. *Support Care Cancer*. 23(1), 473-481. doi: 10.1007/s00520-014-2383-0.

Gonzalez Machado, J. L. (2002). Dolor neuropático: taxonomía. En C. Muriel Villoria (Coord). *Cátedra extraordinaria del dolor "Fundación Grünenthal" de la Universidad de Salamanca: Dolor Neuropático, reunión de expertos* (pp 17-26). Salamanca: Universidad de Salamanca.

González Ordi, H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*. 2(1), 117-130, recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Hector_Ordi/publication/39251456_El_empleo_de_la_tecnica_de_sugestion_e_hipnosis_en_el_control_y_reduccion_del_dolor_implicaciones_para_la_psicooncologia/links/0c960515ac14cda98000000.pdf

Guerreiro, G. M., Pereira de Godoy, L. M., Barufi, S., & Pereira de Godoy, J. M. (2014). Pain in Breast Cancer Treatment: Aggravating Factors and Coping Mechanisms. *International Journal of Breast Cancer*. 2014(1), 1-4. doi: 10.1155/2014/832164.

Gutiérrez, S. C., & Domínguez, T. B. (2013). Mecanismos subyacentes a la revelación emocional ante dolor y estrés en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. *Psicología y Salud*. 23(2), 171-182. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/499/825>

González Ordi, H. (2005). El empleo de técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*. 2(1), 117-130. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120117A>

- Heidari, M., Shahbazi, S., Ghodusi, M. (2015). Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Mid-life Health*. 6(4), 173-177. doi: 10.4103/0976-7800.172345
- Hernán, G. R. (2013). Manejo del dolor en cáncer. *Revista Médica Clínica CONDES*. 24(4), 661-666. doi: 10.1016/S0716-8640(13)70205-0
- Hernández-Hernández, C. A., Reyes-Contreras, J. G., Kuri-Exsome, R., Matadamas-Zarate, C., & Valencia-Mijares, N. M. (2011). *Evidencia Médica e Investigación en Salud*. 4(2), 54-64. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=40678>
- Hochstenbach, L. M. J., Coutens, A. M., Zwakhalen, S. M. G., Vermeulen, J., Van Kleef, M., & De Witte, L. P. (2017). Co-creative development of an eHealth nursing intervention: Self-management support for outpatients with cancer pain. *Applied Nursing Research*. 36, 1-8. doi: 10.1016/j.apnr.2017.03.004
- Holland, J. C. (2003). Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*. 21(23), 253-265. doi: 10.1200/JCO.2003.09.133
- Huei-Ying, H., Wen-Chen, T., Wen-Yu., Yao-Ching, H., Liang-Chih., ..., & Pei-Tseng, K. (2017). Quality of life of breast and cervical cancer survivors. *BMC Women's Health*. 17, 1-12. doi: 10.1186/s12905-017-0387-x
- Ibarra, E. (2006). Una nueva definición del dolor: un imperativo de nuestros días. *Revista Sociedad Española para el Dolor*. 13(2), 65-72. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001
- International Association for the Study of Pain [IASP] (1992/2002). *Classification of chronic pain* (2^{da} ed.). Washington, Estados Unidos de America: IASP press.

- Instituto Nacional del Cáncer. (2012). *Terapia hormonal para el cáncer de seno*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-terapia-hormonal-seno>
- Instituto Nacional del Cancer. (2015). *¿Qué es el cáncer?*. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016). *Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre): Datos nacionales*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf
- Jay Lynn, S. & Rhue, J. W. (1991). *Theories of hypnosis: Concurrent models and perspectives*. Nueva York, Estados Unidos: The Guildford Press.
- Jay Lynn. S., & Kirsch, I. (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del psicólogo*. 25(89), 9-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808903>.
- Jordan, J. (2003). Apoptosis: muerte celular programada. *Bioquímica*. 22(6), 100-106. Recuperado de: <https://previa.uclm.es/profesorado/jjordan/pdf/review/10.pdf>
- Juárez, D. M., & Landero, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Investigación de la Universidad de la Salle Bajío*. 4(11), 17-34. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-07052012000100002&script=sci_arttext
- Kakeshita, I. S., Laus, M. F., & Almeida, S. S. (2013). Living well but looking good: A modern health dichotomy. A brief overview on women's body image. *Revista de Educação Física*. 19(3), 558-564. doi: 10.1590/S1980-65742013000300005

- Khosravi, S. P., Del Castillo, R. A., & Pérez, M. G. (2007). Manejo del dolor oncológico. *24*(11), 554-557. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010
- Kielcot Glaser, J. K., Robles T. F., Heffner, K. L., Loving, T. J., & Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*. *13*(4), 165-169. doi: 10.1093/annonc/mdf655
- Kihlstrom, J. F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Pshycology*. *36*(1). 385-415. doi: 10.1146/annurev.ps.36.020185.002125
- Kirsch, I; Jay Lynn, S; (2005). Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, *25*() 9-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808903>
- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*, *51*(2), 335-344. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a26.pdf>
- Lakhtakia, R. (2014). A brief history of breast cancer. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. *14*(2), 166-169. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997531/>
- Landry, M., Lifhitz, M., & Raz, A. (2017). Brain correlates of hipnosis: A systematic review and metalaytic exploration. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.02.020
- Lew, M. W., Kravits, K., Garberoglio C., & Williams, A. C. (2011). Use of preoperative hypnosis to reduce postoperative pain and anesthesia related side effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. *59*(4), 406-423. doi: 10.1080/00207144.2011.594737

- Lippman, M. (2012). Cáncer de mama. En D. Longo, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, L. Jameson & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison principios de medicina interna* (754-763). México: Mc Graw Hill.
- López Timoneda, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. 4(1), 49-55. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/download/CLUR9596110049A/1479>
- Massarini, M., Rovetto, F., Tagliaferri, C., Leddi, G., Montecorbili, U., Orifiammi, P., ..., & Parvoli, G. (2005). Preoperative hypnosis. A controlled study to assess the effects on anxiety and pain in the postoperative period. *European Journal of Clinical Hypnosis*. 6(1), 8-15. Recuperado de: <http://asociatiaromanadehipnoza.ro/wp-content/uploads/2013/10/Preoperative-hypnosis.pdf>
- Márquez-Acosta, G. (2012). Cáncer de mama. *Perinatología y reproducción humana*. 26(2). 81-82. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n2/v26n2a1.pdf>
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. En D. R. Kenshalo (Ed), *The skin senses*,
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*. 150(3699), 972-979. Recuperado de: <http://104.236.164.122/wp-content/uploads/2016/02/melzackandwallgatecontroltheory.pdf>
- Miaskowski, C., Paul, S. M., Cooper, B., West, C., Levine, J. D., Elboim, C., Hamolsky, D., Abrams, G., Luce, J., Dhruva, A., Langford, D. J., Merriman, J. D., Kober, K., Baggott, C., Leutwyler, H., & Aouizerat, B. E. (2014). Identification of patient subgroups and risk factors for persistent

- arm/shoulder pain following breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*. 18(3), 242-253. doi: 10.1016/j.ejon.2013.12.002
- Millstein, R. (2013). Body image. En M. Gellman & J. R. Turner (Eds). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*. 109(1), 5-12. doi: 10.1152/jn.00457.2012
- Moix, J., & Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 22(1), 41-50. doi: 10.5093/cl2011v22n1a3sori
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*. 3(1), 139-152. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K95IEAHaYFQJ:revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0606130139A/15948+&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Wertz, C. R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D. D., & Silverstein, J. H. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*. 99(17), 1304-1312. doi: 10.1093/jnci/djm106
- Montgomery, G. H., & Schnur, J. B. (2004). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del psicólogo*. 25(89), 3-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808902>
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & Kravits, K. (2012). Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA: A cancer journal for clinicians*. 63(1), 31-44. doi: 10.3322/caac.21165

Mora Díaz, I., & Sánchez Redonet, E. (2004). Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 30(1), 1. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2004000100009&script=sci_arttext

Morrison, V. & Bennett, P. *Psicología de la Salud*. Madrid: Pearson Educación.

Morse, J. M., Pooler, C., Vann-Ward, T., Maddox, L. J., Olausson, J. M., Roche-Dean., M., Colorafi, K., Madden, C., Rogers, B., & Martz, K. (2014). Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. *Oncology Nursing Forum*. 41(4), 350-359. doi: 10.1188/14.ONF.350-359

Mukasa, V., Galukande, M., Jombwe, J., & Fualal, O. J. (2013). Age at first child as a risk factor of breast cancer among Ugandan Women at Tertiary Hospital: a Case Control Study. *East & Central African Journal of Surgery*. 18(3), 18-27. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/remoto.dgb.uanl.mx/ehost/detail/detail?vid=9&sid=d48c9355-ec70-4dc0-9ce6-1e00c20eda47%40sessionmgr102&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQsY29va2llJmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=109128721&db=a9h>

Naish, P. (2012). Hypnosis: The theory behind the therapy. En L. Brann, J., Owens, & A., Williamson (Eds.), *The handbook of contemporary clinical hypnosis: theory and practice*. (3-17). Reino Unido: Wiley-Blackwell

Navarro-Ibarra, M. J, Caire-Juvera, G., Ortega-Velez, M. I., Bolaños-Villar, A. V., & Saucedo-Tamayo, M. S., (2015). Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Nutrición Hospitalaria*. 32(1), 291-298. doi: 10.3305%2Fnh.2015.32.1.9049

- Nogueira, F. E., Bergmann, A., Amaral B., Padula, A. C., De Souza, A. K., Leite, F. M., Almeida, D. R. & Santos, T. L. (2012). Post-mastectomy pain syndrome: Incidence and risk. *The Breast*. 21(3), 321-325. doi: 10.1016/j.breast.2012.01.019
- Oakley, D. A., & Halligan, P. W. (2013). Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*. 14(8), 568-576. doi: 10.1038/nrn3538
- Oblitas, G. L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning.
- Olivares Crespo, M. E., & Cruzado Rodríguez, J. A. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*. 19(3), 321-341. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a04.pdf>
- Orgiles, M., Méndez, F., & Espada, J. P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*. 6(2). 343-356. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220343A>
- Özsoy, A., Barça, N., Akdal Dölek, B., Aktas, H., Elverici E, Araz L, & Özkaraoğlu Ö. (2017). The relationship between breast cancer and risk factors: a single-center study. *European Journal of Breast Cancer*. 13, 145-149. doi: 10.5152/tjbh.2017.3180
- Patterson, D. R. (2004). Treating pain with hypnosis. *Current directions in psychological science*. 13(6), 252-255. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00319.x.
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*. 129(4), 495-521. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.495.

- Peralta, M. O. (2002). Cancer de mama en Chile: Datos Epidemiológicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 67(6), 439-445. doi: 10.4067/S0717-75262002000600002
- Peralta, M. O. (2007). Cáncer de mama: epidemiología y factores de riesgo. *Cuadernos médico sociales*. 47(1), 18-30. Recuperado de: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2007/47/1/47_1_4.pdf
- Pérez, J. A., Fernandez, J. C., Fernández, B., & Durán, M. (2012) Empleo de metáforas en las sugerencias hipnóticas para manejar el dolor articular: estudio de caso. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 17(1), 57-73. doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.1.2012.10369.
- Perkins, F. M., & Kehlet, H. (2000). Chronic pain as an outcome of surgery: a review of predictive factors. *Anesthesiology*. 93(1), 1123-1133. Recuperado de: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1945546>
- Pichelmayer, M., Krupka, A., & Sponring, H. (2015). Attention guiding and hypnosis for acute pain management without medication. *Safety in Health*. 1(Suppl 1), 1-2. Recuperado de: <http://www.safetyinhealth.com/content/1/S1/A6>
- Portellano, J. A (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Potié, A., Roelants, F., Pospiech, A., Momeni, M., & Watremez, C. (2016). Hypnosis in the perioperatative management of breast cancer surgery: clinical benefits and potential implications. *Anesthesiology Research and Practice*. 2016(1), 1-8. doi: 10.1155/2016/2942416
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. *Oncología*. 28(9), 33-37. doi: 10.4321/S0378-48352005000300006

- Przezdziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cáncer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*. 22(8), 1872-1879. doi: 10.1002/pon.3230
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22(1), 15-27. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.1261
- Riobo, P., Fernández Bobadilla, B., Kozarcewski, M., & Fernández Moya, J. M. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*. 18(5), 233-237. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n5/revisión.pdf>
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo social. *Revista Médica Clínica La Condes*. 24(4), 677-684. Doi: 10.1016/S0716-8640(13)70207-4
- Rojas Camayo, J. (2008). Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 69(1), 22-28. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a05v69n1.pdf>
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 17(4), 194-197. Recuperado de: http://www.mastologia.cl/pto_docente/008_intrvncn_psclog.pdf
- Rodriguez-Camacho, D. F., Alvis-Gomez, K. M. (2015). Generalidades de la imagen corporal y sus implicaciones en el deporte. *Revista de la Facultad de Medicina*. 63(2), 279-287. doi: 10.15446/revfacmed.v63n2.49387
- Romero Figueroa, M. S., Santillán Arreygue, L., Olvera Hernández, P. C., Morales Sánchez, M. A., & Ramírez Mendiola, V. L. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Revista de Ginecología y Obstetricia de*

México. 76(11), 667-672. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811f.pdf>

Rosenberg, S. M., Tamimi, M. R., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., Come, S. E., Schapira, L., Winer, E. P., & Partridge, A. H. (2013). Body image in recently diagnosed Young women with early breast cáncer. *Psycho-oncology*. 22(1), 1849-1855. doi: 10.1002/pon.3221

Salas Zapata, C., & Grisales Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 28(1), 9-18. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción en la imagen corporal. *Osasunaz: Cuadernos en ciencias de la salud*. 8(8), 171-183. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>

Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Revista Aquichan*. 3 (3). 33-41. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130306>

Satija, A., Mehmood, A. S., Gupta, R., Ahmed, A., Singh, R. S., S., Pal, S. S., Mishra, S & Bhatnagar, S. (2014). Breast cáncer pain management: A review of current & novel therapies. *Indian Journal of Medical Research*. 139(2), 216-225. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4001332/>

Scatolin, H. G. (2012). A imagen do corpo: as energias constructivas da psique. *Psicología Revista*. 21(1), 115-120. Recuperado de:
<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/13586/10093>

- Scharf, M. B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*. 9(25), 64-67. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415>.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama pacientes en un programa de intervención social. *Clínica y Salud*. 18(2), 137-161. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613878002>
- Secretaría de Salud (2011). Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- Segura-Valverde, M., Garcia-Nieto, R., & Gutiérrez, L. A. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*. 11(1), 45-57. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44916
- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Álvarez, C. & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor II. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 9(2). 109-121. Recuperado de: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf
- Sheridan, D., Foo, I., O'Shea, H., Gillanders, D., Williams, L., Fallon, M., & Colvin, L. (2012). Long-Term Follow-Up of pain and emotional characteristics of women after surgery for breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 44(4), 608-614. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.10.021
- Sinaei, F., Zendehdel, K., Adili, M., Ardestani, A., Montazeri, A., & Ali Mohagheghi, M. (2017). Association between breast reconstruction surgery and quality of life in Iranian breast cancer patients. *Acta Medica Iranica*. 55(1), 35-41. Recuperado de: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5121>
- Spiegel, D. (1985). The use of hypnosis in controlling cancer pain. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 35(4), 221-231. doi: 10.3322/canjclin.35.4.221

- Spiegel, D. & Moore, R. (1997). Imaginery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Psychiatric Times*. 11(8), 1179-1195. Recuperado de: http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/d5000147/Spiegel-Imagery_hypnosis_treatment_cancer_patients.pdf
- Spiegel, D., Sands, S. & Koopman, C. (1994). Pain and depression y patitens with cancer. *Cancer*. 74(9), 2570-2578. doi: 10.1002/1097-0142(19941101)74:9<2570::AID-CNCR2820740927>3.0.CO;2-3
- Steward, B. & Wild, C. (Eds). (2014). *World Cancer Report 2014*. Londres: World Health Organization.
- Tellez, A. (2010). *Hipnosis clínica: un enfoque ericksoniano*. México: Trillas.
- Tellez, A., García, C. H., & Corral-Verdugo, V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(3), 27-47. doi: 10.11621/pir.2015.0303
- Téllez, A, Sánchez-Jáuregui, T., Juárez-García, D. M., & García-Solís, M. (2016). Breast biopsy: The effects of hipnosis and music. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 64(4), 456-469. doi: 10.1080/00207144.2016.1209034
- Teo, I., Novy, D. M., Chang, D. W., Cox, M. G., & Cororve Fingeret, M. (2015). Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. *Psycho-Oncology*. 24(1), 1377-1383. doi: 10.1002/pon.3745
- Torres Mejía, G., & Ángeles Llerenas, A. (2009). Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Pública de México*. 51(2), S165-S171. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a06.pdf>

- Trejo-Ochoa, J. L., Maffuz-Aziz, A., Said-Lemus, F. M., Domínguez-Reyes, C. A., Hernández-Hernández, B., Villegas-Carlos, F., & Rodríguez-Cuevas, S. (2013). Impacto en la calidad de vida con cirugía posterior al tratamiento de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*. 81(9), 510-518. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139d.pdf>
- Unukovych, D., Sandelin, K., Liljegren, A., Arver, B., Wickman, M., Johansson, H., & Brandberg, Y. (2012). Contralateral prophylactic mastectomy in breast cancer patients with a family history: A prospective 2-years follow-up study of health related quality of life, sexuality and body image. *European Journal of Cancer*. 48(6), 3150-3156. doi: 10.1016/j.ejca.2012.04.023
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R., Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*. 7(2), 433-451, recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/53940/Ajuste%20sexual.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Villarreal Colín, S. P. (2014). La cirugía oncoplástica en cáncer de mama. *Revista Mexicana de Mastología*. 4(2), 45-51. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=51074>
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*. 12(2-3), 207-236. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005
- Virizuela, J. A., Escobar, Y., Cassinello, J., & Borrega, P. (2012). Treatment of cancer pain: Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) recommendations for clinical practice. *Clinical Guides in Oncology*. 14(7), 499-504. doi: 10.1007/s12094-012-0831-1

Wobst, A. H. K. (2007). Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesthesia & Analgesia*. 104(5), 1199-1208. doi: 10.1213/01.ane.0000260616.49050.6d

World Health Organization [WHO] (2015). *Cancer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

World Health Organization [WHO] (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. Hong Kong: World Health Organization.

World Health Organization (1996). La gente y la salud: ¿Qué es calidad de vida?. Foro Mundial de la Salud. 17(1), 385-387. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. LAS VENTANAS DE LAS SENSACIONES

Muy bien, te voy a pedir que te sientes en una posición cómoda, muy agradable y poco a poco puedas ir cerrando tus ojos, mientras te concentras más en tu respiración, en como el aire, entra y sale, entra frío y sale caliente... muy agradable... con cada respiración tu cuerpo se va oxigenando cada vez y más, relajando cada musculo de tu cuerpo, concentrándose en el área que tú más lo necesites... liberando la tensión, sintiéndote más ligera... profundamente más cómoda. Correcto... muy bien...

Puede ser que vayas escuchando algunos sonidos como voces del personal, otros pacientes, cualquier ruido, pero eso solo te ayudará a relajarte más y más, profundamente más relajada... Y, entre más relajada te vayas sintiendo, esos sonidos podrán ir desapareciendo poco a poco, porque tu mente subconsciente estará siguiendo mi voz, mientras continuas con esa agradable sensación de paz y tranquilidad...

Esta cómoda y cálida sensación puede llegar hasta nuestros tejidos del pecho... haciendo que cualquier sensación desagradable se desvanezca... porque tu mente subconsciente tiene el poder de traer cualquier sensación agradable como sea necesario... como cuando estás en tu hogar... sintiéndote muy a gusto y de pronto quieres asomarte por la ventana y sentir el aire en tu cara... pero cuando decides que ya es tiempo de dejarlo, cierras la ventana y disfrutas de una agradable sensación dentro de tu casa... una sensación de seguridad... tranquilidad... paz... Tú puedes visualizar unas ventanas en tu cuerpo, las cuales nos permiten recibir sensaciones de cualquier tipo, pero si tu mente subconsciente lo requiere, puede cerrar esas ventanas... cuando sea

necesario se van a cerrar, dejando cualquier sensación desagradable afuera... mientras tu conservas esa sensación de paz y tranquilidad...

La noche antes de tu cirugía, tu mente subconsciente cerrará esas ventanas, dejando solamente una sensación de profunda tranquilidad... que te permitirá dormir profundamente y cuando despiertes podrás sentirte completamente revitalizada, mientras tu mente subconsciente se encargará de resolver cualquier cosa con todos los recursos que tu ya posees y podrá reforzar las ventanas para que no se abran, hasta que ya lo necesites...

Así, en el momento de la cirugía tus ventanas se cerraran dejando solamente esa agradable sensación de tranquilidad para que cuando el personal de salud, que está preparado de la mejor manera, comience a prepararte para la cirugía, tu estarás en un estado muy placentero... un estado de gozo, plenitud, bienestar... que te acompañará a lo largo de toda la cirugía... todo el tiempo que tú lo necesites... todo el tiempo que tu cuerpo requiera... Sabiendo que tu mente subconsciente tiene el poder de abrir y cerrar las ventanas cuando así lo desee... podrás hacer uso de ese recurso a lo largo de todo tu tratamiento

Ahora, cuando te sientas lista, quizás en un largo minuto, podrás ir abriendo poco a poco tus ojos y sentirte completamente activa y lista para seguir con este bello día, de un bello mes.

ANEXO 2. IMAGINACIÓN SANADORA

Los seres vivos -el humano incluido- se recuperan de las enfermedades y las heridas; a las plantas le crecen nuevas hojas, ramas, y hojas, y en algunas ocasiones presentan cicatrices que recuerdan al observador que una vez, hubo una herida.

Tú también tienes esta maravillosa capacidad. Tú también tienes esa maravillosa energía sanadora dentro de ti. Ve ahora a un trance más profundo dentro de ti mismo, a la fuente: al mero centro de ti mismo, a la fuente de energía sanadora. Date cuenta de que esa energía llega del centro de ti mismo. Reúne esa energía y dirígela hacia esa parte de tu cuerpo donde tú intuitivamente sabes que necesita ser dirigida.

Cada uno de nosotros tiene su propio concepto de esa energía (Los conceptos de cada uno son correctos). Para mí, es como una fuente de luz –Una fuente de luz sanadora parecida al sol, una luz que puede llegar a la parte del cuerpo que necesita sanar, e ilumina esa parte del cuerpo con su luz y calor, es una luz de un bonito color que envuelve y baña esa enfermedad o parte dañada con esa energía sanadora.

Descubre tu propio concepto de lo que es tu energía sanadora, localízala en lo profundo de tu ser, y dirígela hacia donde tu cuerpo la necesite.

Ahora siente esa sensación de sanación que ya está empezando dentro de ti. Tú puedes sentir realmente esa sanación. Muy bien. Dirige esa energía a través de tu cuerpo, donde tu intuitivamente sabes que es necesaria –Sabiendo que tú también puedes sorprenderte de la parte que tu cuerpo ha elegido.

Sabiendo también que la mente subconsciente puede saber que alguna otra parte de tu cuerpo, diferente a la cual tu mente consciente había pensado, puede necesitar sanarse primero. Confía en tu mente subconsciente para dirigir esa

energía; confía en tu respuesta intuitiva (Generalmente es mejor que la mente subconsciente haga las cosas por sí misma).

Ahora permite que esa imaginación creativa y maravillosa desarrolle una imagen, en tu conciencia de a que se parece tu enfermedad o esa parte lastimada –a que se parece como se siente (kinestesica o táctilmente), o incluso a que suena -sonidos discordantes, chillantes, suaves.

(La formación de imágenes usando todos los sentidos; las imágenes deben tener un significado personal para ser efectivas). Esta imagen puede ser pictórica, como si estuvieras viendo un libro de anatomía o en tres dimensiones, como una escultura. Puede ser completamente gráfica o simbólica. Usa tu propio talento para construir una imagen que tenga un significado para ti.

Usa toda tu conciencia corporal para elaborar una imagen. Completa esa imagen con todos los detalles posibles lo que puedes ver tocar, oír, sentir, oler, gustar, etc. Recuerda color y fuerza.

Entonces coloca a esa imagen en tu mente interna, en un lado. Ahora empieza a crear otra imagen; esta imagen es de sanación, de recuperación, de mejoría. Es la imagen que a tu cuerpo le gustaría –verte, sentirte, cuando ya estés bien de nuevo restaurando la armonía y poder a tu cuerpo. Observa todos esos maravillosos detalles, en cualquier tipo de imagen que sea buena para ti, recordando que la imagen puede ser realista o simbólica, de 2 o 3 dimensiones, cualquier cosa que tu sepas que es congruente con tu profundo sentido de ti mismo (Fortalecimiento del ego)

Coloca esa imagen a un lado de la anterior. Tu tarea ahora va volverse sencilla: Tu simplemente necesitas evocar la primera imagen en la segunda (Simple expectación de éxito).

A alguna gente le gusta hacer esto en una forma similar a repasar rápidamente esos pequeños dibujos en las esquinas superiores de las revistas cómicas, de forma que parecen que se mueven, algunos eligen hacer un video o película del proceso; algunos dibujan imágenes instantáneas –objetivos a corto plazo- Algunos sienten la evolución de una persona a otra. (Disparadores de la imaginación)

En tu propia hipnosis de cada día, refuerza la imaginación sanadora. Entre más frecuente lo hagas más fuerte será el mensaje que tu le des a tu mente subconsciente y por lo tanto a tu cuerpo: YO PUEDO ESTAR BIEN: Ya estoy en el camino a la recuperación. (Afirmaciones en la imaginación).

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Nicolás de los Garza, N. L. a _____.

Acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

El efecto de la hipnosis en el dolor e imagen corporal en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas, registrado en el Comité de Investigación y Ética de este hospital. El objetivo de este estudio es analizar el efecto de la hipnosis sobre dolor y autoimagen en pacientes con cáncer de mama programadas a mastectomía. Para mí como participante, esta investigación no implica ningún gasto. Los costos generados de este estudio como materiales de trabajo serán soportados por los investigadores del estudio. Se me ha explicado que, en otras intervenciones llevadas a cabo por el mismo grupo de investigadores del presente proyecto, probaron en un total de 75 pacientes en procedimiento de biopsia de mama, el efecto de la hipnosis, que no mostro efectos adversos serios.

Mi obligación consistirá en acudir una hora antes de mi programación de cirugía, así como a dos citas de seguimiento (una al día siguiente de la cirugía y la segunda una semana después) a recibir de manera gratuita la intervención con una técnica audio grabada de hipnosis. La licenciada Diana Carolina Moreno Hernández, quien es la investigadora encargada estará vigilando el efecto de la hipnosis, así como el médico encargado el Dr. Manuel García Solís. Sin embargo, si mi médico tratante observa que mi salud está empeorando por causas atribuibles a la intervención experimental yo seré retirada del estudio inmediatamente y se seguirá atención con el tratamiento más apropiado.

Se me ha explicado que en el estudio participaremos 40 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, no todos estaremos en intervención al mismo tiempo. Me han informado que me evaluarán con dos cuestionarios validados estadísticamente, antes de recibir la intervención con hipnosis clínica audio grabada, después de la cirugía, al día siguiente de ella y una semana después.

Declaro que se me ha informado que este estudio no presenta ningún riesgo para mi salud, permaneceré consciente y despierta durante la intervención con hipnosis clínica audio grabada.

La licenciada Diana Carolina Moreno Hernández y el equipo evaluador, se comprometen a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que yo les mencione acerca de la intervención con hipnosis clínica audio grabada, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Estoy de acuerdo en que no se me informe sobre los datos clínicos que reporte el equipo de investigación, hasta dos meses después de la intervención. Así mismo, la información que proporcioné para los cuestionarios psicológicos serán mantenidos en estricta confidencialidad, si los datos de estudio se publican en alguna revista científica, no seré identificada de ninguna manera.

El equipo de investigación puede ser localizado en el teléfono (81)1340-4370 ext. 1768

Nombre y firma del paciente

Firma del responsable del proyecto:

Sra.

Lic. Diana Carolina Moreno Hernández

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 1

Relación con el paciente: _____

Relación con el paciente: _____

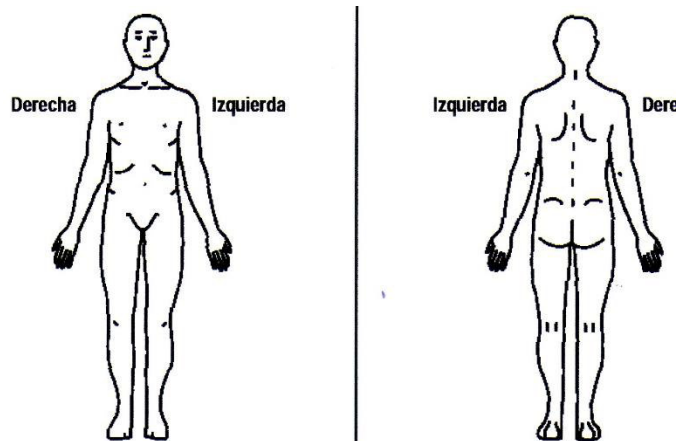
Domicilio: _____

Domicilio: _____

ANEXO 4. CUESTIONARIO BREVE DEL DOLOR

Nombre: _____ Fecha: _____

CBD 1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una cruz la zona que más le duele.



CBD 2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *máxima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

CBD 3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *mínima* de su dolor en la última semana.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

CBD 4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad *media* de su dolor.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

CBD 5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor *ahora mismo*.

Ningún dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor imaginable
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

CBD 6. ¿Qué tipo de cosas alivia el dolor (P.e. el calor, la medicación, el descanso)?

CBD 7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (P. e. caminar, estar de pie, levantar algo)?

CBD 8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

CBD 9. ¿En la última semana, hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido.

Ningún alivio	0 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %	El peor dolor imaginable
---------------	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	--------------------------

CBD 10. Si toma medicación, ¿Cuánto tarda en volver a sentir dolor?

<input type="checkbox"/>	1. La medicación no ayuda en nada.	<input type="checkbox"/>	5. 4 h
<input type="checkbox"/>	2. 1 h	<input type="checkbox"/>	6. 5 h
<input type="checkbox"/>	3. 2 h	<input type="checkbox"/>	7. 6 h
<input type="checkbox"/>	4. 3 h	<input type="checkbox"/>	8. No tomo medicación para el dolor.

CBD 11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas. Creo que mi dolor es debido a:

	Sí	No
Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)	1	2
Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando).	1	2
Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis).	1	2

Por favor describa esta situación:

CBD 12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

	Sí	No		Si	No
12.1 Dolorido/continuo	1	2	12.8 Mortificante (calambre)	1	2
12.2 Palpitante	1	2	12.9 Agudo	1	2
12.3 Irradiante	1	2	12.10 Sensible	1	2
12.4 Punzante	1	2	12.11 Quemante	1	2
12.5 Fatigoso (pesado)	1	2	12.12 Agotador	1	2
12.6 Penetrante	1	2	12.13 Entumecido (adormecido)	1	2
12.7 Persistente	1	2	12.14 Penoso	1	2
			12.15 Insoportable	1	2

CBD 13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

CBD 13. 1 Actividades en general

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 13.2. Estado de ánimo

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 13.3 Capacidad de caminar

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 13.4 Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 13.5 Relaciones con otras personas

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 13.6 Sueño

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 13.7 Disfrutar de la vida.

No me ha afectado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Me ha afectado completamente
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

CBD 14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor...

<input type="checkbox"/>	De forma regular.
<input type="checkbox"/>	Sólo cuando lo necesito.
<input type="checkbox"/>	No tomo medicación para el dolor.

CBD 15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día)

<input type="checkbox"/>	1.No todos los días	<input type="checkbox"/>	4. 5 a 6 veces al día
<input type="checkbox"/>	2. 1 a 2 veces al día	<input type="checkbox"/>	5. Más de 6 veces al día
<input type="checkbox"/>	3.3 a 4 veces al día		

CBD 16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

☐

1.Si

☐

2.No

☐

3.No lo sé

CBD 17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

☐

1.Si

☐

2.No

☐

3.No lo sé

CBD 18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

☐

1.Si

☐

2.No

☐

3.No lo sé

Si la respuesta es <<si>>, ¿Por qué?

CBD 19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

☐

1.Si

☐

2.No

☐

¿Qué efectos secundarios?

CBD 20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

☐

1.Si

☐

2.No

CBD 21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor marque con una cruz todo lo que se le aplique):

<input type="checkbox"/>	1.Fomentos calientes	<input type="checkbox"/>	5.Biofeedback
<input type="checkbox"/>	2. Fomentos fríos	<input type="checkbox"/>	6. Hipnosis
<input type="checkbox"/>	3.Técnicas de relajación	<input type="checkbox"/>	7.Otros
<input type="checkbox"/>	4.Distracción	Especificar _____	

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

ANEXO 5. ESCALA DE IMAGEN CORPORAL

Nombre _____ Fecha: _____

En este cuestionario se le preguntará sobre cómo se siente acerca de su aspecto físico y de los cambios que puedan haberle ocurrido como consecuencia de la enfermedad o del tratamiento recibido. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y marque la respuesta que mejor se ajuste a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

	Nada	Un poco	Bastante	Totalmente
IC1 ¿Se ha sentido avergonzada o acoquejada por su aspecto físico?	0	1	2	3
IC2 ¿Se ha sentido físicamente menos atractiva a consecuencia de la enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
IC3 ¿Se ha sentido insatisfecha con su aspecto cuando está vestida?	0	1	2	3
IC4 ¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
IC5 ¿Le resulta difícil mirarse cuando está desnuda?	0	1	2	3
IC6 ¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	0	1	2	3
IC7 ¿Ha evitado a alguien debido al modo en que se sentía en relación a su aspecto?	0	1	2	3
IC8 ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo “menos	0	1	2	3

completo”?				
IC9 ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	0	1	2	3
IC10 ¿Se ha sentido insatisfecha con el aspecto de su cicatriz?	0	1	2	3

